Nr. 51. 19. grudnia 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prym. Dr. WILHELM PISEK. Lwów.

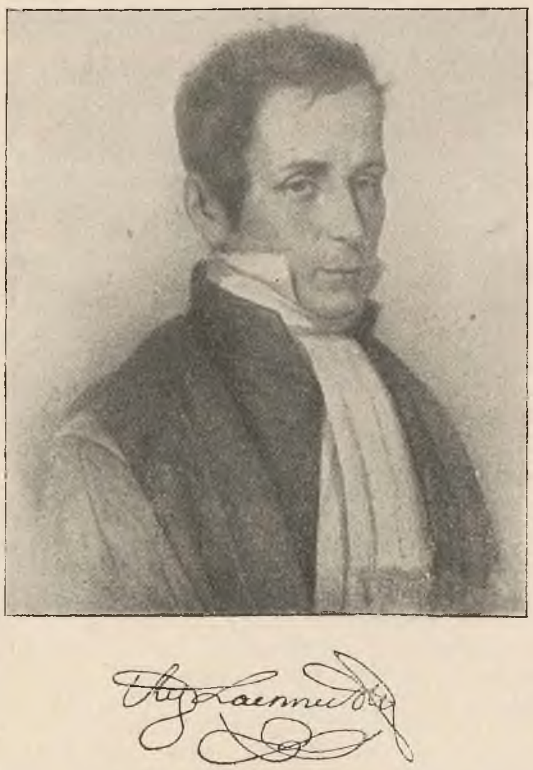
LAËNNEC

Wynalazca stetoskopu na tle ówczesnego stanu medycyny na Zachodzie i w Polsce*).

I.

Trzynastego sierpnia r. b. minęło lat sto od śmierci wielkiego lekarza francuskiego, wynalazcy słuchawki naszej, — badacza pierwszorzędnego, człowieka, jednego z najzacniejszych. Jego to pamięci mamy poświęcić garść rozpamiętywań.

Po okresie tworzenia coraz to nowych systemów lekarskich w XVIII w., wreszcie świat lekarski zwolna trzeźwieje. Ani „animizm" Stahla, ani system mechaniczno-dynamiczny Hoffmana, ani „Patologja nerwów" Cullena — słowem żaden z całego szeregu systemów nie zdołał się utrzymać. Jeszcze najdłużej eklektyczny Boerhaave'go — przetrwał ten kalejdoskop systemów, gdyż tkwił w nim duch trzeźwej obserwacji nieśmiertelnych zasad hipokratesowskich. Wreszcie Morgagni (10) potężnem swem dziełem r. 1765 *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* — czyni olbrzymi wyłom i otwiera na oścież wrota nowemu kierunkowi — kierunkowi opartemu na anatomji patologicznej, na obserwacji ścisłej, słowem medycynie nowoczesnej.



Jeżeli dodam, że cała plajada dzielnych lekarzy zjawia się na widowni — Jenner twórca szczepienia ospy, Heberden — pierwszy podaje opis *Anginae pectoris,* Auenbrugger wynalazca opukiwania, i wielu wielu innych to zrozumiemy, że to wszystko rzeczywiście zwiastuje całkiem nowe czasy.

Na czoło wybija się szkoła francuska. Historja uczy nas, że najczęściej z rozkwitem państwowej potęgi również i kultura, nauki — w szczególności medycyna, wchodzą w okres rozkwitu. Widzimy to właśnie we Francji. Twórcami i znakomitymi przedstawicielami nowej szkoły francuskiej była trójca:

Corvisart, chirurg Dupuytren, i Laennec.

[1]) Czytaj: La-ennec.

*) Podług odczytu w lwowsk, Tow. lek. 19 listopada 1926.

Szkoły tej zasługą, złotemi zapisaną głoskami, jest wprowadzenie anatomji patologicznej jako podstawy djagnostyki a więc i kliniki lekarskiej.

Obok nich zajaśniał jak meteor — lecz blaskiem gwiazdy pierwszorzędnej, Fr. Xaw. Bichat w Paryżu, twórca histologji i nowoczesnej patologji, który może najskuteczniej usunął z medycyny spekulatywny kierunek, stawiając „fakty". Porównują go z Napoleonem — zowią go też słusznie Napoleonem medycyny. Genjusz to przy olbrzymiej pracy (opowiadają, że sypiał w prosektorjum) głosi zasadę, że tylko ścisłe badanie chorego i badanie zmian chorobowych uprawni medycynę do nazwy „nauki ścisłej". Najgenialniejszy może to lekarz swego czasu, umiera licząc lat 31! zostawiwszy przebogatą literacką spuściznę.

Jeżeli Auenbruggera zasługą nieśmiertelną jest stworzenie perkusji, to bodaj czy nierównie wielką jest *Corvisart'a,* że wprowadził perkusję w powszechne użycie — kto wie czy by nie była utonęła w zapomnieniu, gdyby nie przepotężna indywidualność i wysiłki wielkiego i szlachetnego Corvisart'a autora dzieła o chorobach serca. *„Essai sur les maladies et les Lésions organiques du coeur"* 1808 Paryż. W *Journal de médecine* zjawia się w prawdzie w r. 1770 doniesienie o tłumaczeniu dzieła Auenbruggera przez *Roziére de la Chassagne* — który wszakże sam nie próbował opukiwać chorych. W r. 1808 wydaje słynny już wówczas Corvisart przekład francuski dzieła Auenbruggera z dodatkiem licznych własnych spostrzeżeń i opisów chorób zmieniając niektóre poglądy autora, dodając liczne uzupełnienia i poprawki. *„Mais par l'á je sacrifiai le nom d'Auenbrugger ma propre vanité; je ne l'ai pas voulu, c'est lui, c'est sa belle et légitime découverte, comme il le dit justement, que j'ai fairs revivre".* Na ten czas zjawia się również genjalny lekarz klinicysta, znakomity anatom i praktyk, wynalazca słuchawki lekarskiej Laennec.

Wiemy, że już Hippokrates stosował „bezpośrednie osłuchiwanie" przykładając ucho do klatki piersiowej *(succussio Hippocratis w Pyopneumothorax).* W dziele Hippokratesa czytamy „jeżeli dłuższy czas przyłożywszy ucho do boku przysłuchiwać się będziesz, słychać wewnątrz jakby szum jaki" (8). Między innymi wiemy, że już w dawnych czasach stosowano obmacywanie jako metodę djagnostyczną.

Albertini, później Senac — jeden z pierwszych autorów o chorobach serca a wreszcie i Corvisart stosowali palpację w chorobach serca. Corvisart pierwszy stwierdził koci mruk *(frémissement cataire)* w schorzeniach zastawki dwudzielnej (12). Corvisart również przykładał ucho do klatki piersiowej i w chorobach serca.

Double (1772—1842) głośny autor lekarski w dziele swojem: *Séméiologie génerale ou traité des signes etc.* (3 Voll. Paris 1811 1822) nie znając wynalazku Laenneca — wspomina, że sam osłuchiwał chorych. Potwierdzają to i inni autorzy *De la Berge et Monnerat w: Compendium de médecine pratique.* T. I. l. 3, cyt. (8) str. 21. Ustęp w dziele *Double'a* opiewa: *„Pour bien appécier le bruit..... il faut approcher exactement l'une des deux oreilles contre la paroi thoracique et en parcourir ainsi tous les points et toutes les faces..... ce mode d'éploration de la respiration qui m'est propre, et auquel j'ai été naturellement conduit par le même mode d'éxploration appliqué au battement du coeur, dont je fais aussi chaque jour de trés utiles applications cliniques".*

Zdaje się, że przy wysiękach osierdziowych przykładano ucho do klatki piersiowej — gdy nieraz i chorzy odczuwali chełbotanie w klatce piersiowej. W księdze II. w *Epistol. Anat. med. XVI.* art. 24. w ostatnim ustępie (15 wiersz od dołu, str. 121) czytamy [1])

[1])Mówca odczytuje ten ustęp z oryginału.

w dziele Morgagnie'ego (10) ....*a Medicis, qui ad pericardii regionum manúm, auremve admovendo, aliquid ibi fluctuationis animadvertant, egregium utique pre caeteris signum futurum et pro pathognomico habendum*". Otóż właśnie na klinice Corvisarta, o czem mamy wiadomość autentyczną, osłuchiwał bez przyrządu, w chorobach serca albo też w przypadkach słabego tętna sprychowego: Gaspard-Laurent Bayle (1774—1816) — przykładając ucho bezpośrednio do klatki piersiowej.

René Théodore Hyacynthe Laennec (niektórzy pisali go Laennec, la Ennec, nawet Leinek chcąc go uważać za Niemca) urodził się 17 lutego 1781 w Quimper w Bretanji; wychowywał się u stryja, znakomitego lekarza, uczonego i profesora szkoły lekarskiej, rozgłośnego praktyka, Guillaume François Laennec (1748 do 1822) w Nantes, któremu autor nasz, słabowity chłopak towarzyszył przy wizytach szpitalnych. Górował już wtedy gorącem umiłowaniem medycyny, tak, że wkrótce zamianowano go lekarzem wojsk zwalczających ludność zrewoltowaną okolicy Morbihan. Jako 19-letni, wraca do Paryża nabywając znakomitą wprawę w językach starożytnych, i w praktycznej medycynie, pracując w *Ecole de médecine*. W r. 1804 zyskuje doktorat teza: *„Propositions sur la doctrine médicale d'Hippocrate, rélativement á la médecine pratique Paris 1804*. rzecz znakomita; wygłasza rozprawy z zakresu anatomji patologicznej objąwszy stanowisko szpit. lekarza w szpitalu Beaujon (1806).

Na ten okres przypada ogłoszenie ciekawych prac o zapaleniu otrzewnej, o tętniakach, gruzełkach, pasorzytach *(Entozoa)* itd.; kilka prac o chorobach panujących *(Constitution médicale")*. W r. 1816 zostaje lekarzem wielkiego *Hôpital Necker*. Już w r. 1815 czynił Laennec pierwsze próby z wynalezionym przez siebie *„Stethoscop'em"*, długim na ¼ metra, o średnicy 1 cm., opatrzonym zatykadłem (obturatorem) w otworze przykładanym do klatki piersiowej. Słuchawka w początkach była z tektury, obwiązana; później wydrążony walec bywał z drzewa cedrowego.

Dowiadujemy się z ust wynalazcy, że badając młodą pannę o tuszy nadmiernej — nie uzyskawszy wyniku zadowalającego samą inspekcją ani palpacją, nie mając śmiałości przyłożyć swego ucha do klatki piersiowej pacjentki, przypomniał sobie nagle zdarzenie, którego raz był świadkiem przechodząc przez ogród Luwru. Widział wtedy jak dzieci bawiły się około belki drewnianej. Jedna grupa dzieci igłą drapała koniec belki, a druga grupa osłuchiwała dźwięki, na drugim, przeciwnym końcu belki, przy pomocy patyczka do ucha przykładanego. Inna wersja opiewa podług *Le Jumeau de Kargaradec, (Inauguration de la statue de Laennec á Quimper. Bull. de médecine* T. XXVIII.) przyjaciela Laennec'a, któremu opowiedział to zdarzenie:

„Postrzegł jak dzieci przykładają patyczki do uszu dla posłyszenia brzęku wywołanego w drugim końcu podwórza przerzucaniem szpilek".

Zamiast patyczka zwinął Laennec arkusz papieru w rolkę, przytknął jeden koniec do swego ucha, zaś drugi założył na okolicę serca, potem i płuca, i ku swej radości przekonał się, że daleko lepiej słyszy szmery oddechowe i tony serca. I oto stworzył słuchawkę. Dnia następnego na klinice, badając serce, zwinął kartę papieru w rurkę, obwiązał i przyłożył do okolicy serca chorego. (Haeser — tłumacz. Łuczkiewicz (9), str. 813). Na posiedzeniu akademji lekarskiej przedstawia w roku 1818 chorego z przesiękami opłucnej, przyczem omawia korzyści z auskultacji przedkładając rozprawę: *„Mémoire sur l'ausculation á l'aide de divers instruments d'acoustique, employés comme moyen d'exploration*..... W mozolnych próbach i studjach ogłosił wreszcie nieśmiertelne swe dzieło w r. 1819 p. t.: *Dé l'auscultation médiate, ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, établi principalement á l'aide de ce nouveau moyen d'éxploration*". Nazwa stetoskop pochodzi od

στῆος-piersi σκοπέω-śledzę.

Koniec piersiowy słuchawki mógł być wypełniony stożkiem, czyli zatykadłem *(l'embout ou l'obturateur)* przy auskultacji serca: osłuchując płuca wyjmowano go.

Laennec pierwotnie sądził, że stetoskop służy do wzmocnienia fal głosowych. Pogląd ten z biegiem czasu okazał się nieścisłym. Przy auskultacji chodzi przedewszystkiem o ścisły kontakt ucha badającego z powierzchnią ciała badanego — inaczej fale głosowe giną w powietrzu. (Martini 1920, cyt. przez Brugscha (8). Że ścisły kontakt odgrywa główną rolę, wynika i z tego, że nawet zatkawszy watą stetoskop i również przewód uszny, lub też używając słuchawki niewydrążonej, usłyszymy szmery w klatce piersiowej. Szmery sercowe przy wadach zastawkowych słychać Korzyści wszakże jakie nam daje stetoskop są wielkie:
wcale dobrze — o czem osobiście często się mogłem przekonać.

1. Skupiamy energję szmeru w przestrzeni dobrze ograniczonej;

2. Przewodnictwo odbywa się i przez stały materjał słuchawki i przez powietrze;

3. Słuchawka umożliwia zbadanie pola ściśle odgraniczonego — wykluczając sąsiedztwo — dotyczy to szczególniej serca:

4. Niektóre okolice ciała dostępne są badaniu tylko przy pomocy słuchawki;

5. Czasem względy czystości — czy też wstydliwości, wymagają użycia stetoskopu.

Oczywista, że w niektórych przypadkach kombinacja auskultacji bezpośredniej tj. tylko uchem, z auskultacją pośrednią przy pomocy słuchawki może być wskazaną.

Kilka wydań, kilkanaście tłumaczeń na różne europejskie języki, rozniosło sławę Laennec'a szeroko po świecie.

W r. 1823 obejmuje Laennec klinikę medyczną fakultetu paryskiego już z zarodkiem choroby płuc, choroby dla której poznania on położył podwaliny djagnostyczne; mimo wszystko pracując z zapałem dalej — przerywając okresowo pracę lekarską; zmarł wskutek suchot płucnych 13 sierpnia 1826 r. licząc zaledwie 45 lat. Zwłoki spoczywają w Plouaré na pięknem wybrzeżu Douarnenez (Bretanja). 15 sierpnia 1869 ustawiono piękną statuę Laennec'a, roboty Laquesne'a w jego miejscu rodzinnem.

Opowiadają, że Laennec dobrocią swoją, sprawiedliwą oceną zasług obcych a umniejszaniem własnych, skromnością swoją ujmował sobie serca wszystkich. Pracowitość jego była też zdumiewającą; mimo postępującej choroby (gruźlicy płucnej) nie ustawał w pracy, o czem świadczą wciąż ogłaszane prace kliniczne i anatomo-patologiczne. Wszak marskość zanikowa wątroby *(Cirrhosis hepatis)* nosi do dziś imię jego. Pomnikowe dzieło Laenneca obejmuje już w wydaniu pierwszem z roku 1819 nie tylko naukę o osłuchiwaniu przy pomocy nowo wynalezionego swego przyrządu, ale i dokładną patologję i terapję schorzeń płuc i serca, przeważnie na podstawie własnych spostrzeżeń i wyników oględzin pośmiertnych. Niektóre opisy n. p. zawału krwawego płuc (nazywa go: *Apopléxie pulmonaire)*, opisy poszczególnych okresów zapalenia płuc są wprost wspaniałe.

Laennec pierwszy przedstawia: dokładny obraz rozstrzeni oskrzelowych, różnice pomiędzy rozedmą płuc zwyczajną a między zrazikową, zgorzel płucną, cechy rozpoznawcze odróżniające zapalenia płuca od zapalenia opłucnej; przy wysiękach zaleca wczesne nakłucie. Pierwszy wypowiada przypuszczenie o przyrodzie „miazmatycznej" (zakaźnej) zapalenia płuc. Również i opisy schorzeń serca zadziwiają nas swoją ścisłością i bystrością spostrzeżeń: przerwy w tętnie pochodzą od słabszych skurczów serca; o anginie sercowej znanej już od ½ wieku, od czasów Heberdena, twierdzi, że to jest nerwoból bądź to n. błędnego, bądź n. współczulnego, zwłaszcza, że się przekonał, że nieraz brak było zmian miażdżycowych czy „skostnień" t. wieńcowych. Uwagami temi wyprzedził o dziesiątki lat klinicystów nowszych. Przysłuchowe objawy sercowe opisuje Laennec dość szczegółowo — jednak tłumaczenie ich dopiero od czasów Skody doznało zasadniczej zmiany; sądził również, że przysłuchem można na pewno określić przyrodę i siedlisko zmian chorobowych serca; objawy te służyły Laennec'owi jako cechy rozpoznawcze pewnych chorób. Podział na grupy objawów przysłuchowych opierał na doświadczeniu. W tą ciemnię rzucają badania Laennec'a wciąż nowe snopy światła. Pierwszy on odkrył dźwięczenie metaliczne *(Cliquétis métallique")* to co później Bouillaud nazwał *„Tintemem métallique"* nad końcem serca. powstające wskutek wstrząśnienia ścian klatki piersiowej współdrgającej — szczególniej u chorych z cienkiemi żebrami. Pierwszy Laennec rozróżnia przerost serca od rozstrzeni serca *(Dilatatio)*; zna również dobrze ogniskowe zapalenie m. sercowego; ściśle rozróżnia zwyrodnienie tłuszczowe serca od otłuszczenia, które przez ucisk lub utrudniając odżywianie m. sercowego sprowadza jego zanik. Skłonność do omdlewań uważa jeden z pierwszych, jako następstwo nieprawidłowo małego serca (cyt. 12). Znane i do dziś dnia powtarzane porównanie włóknikowego zapalenia osierdzia z powierzchnią dwóch kawałków chleba masłem posmarowanych, a następnie od siebie oddzielanych — pochodzi od Laennec'a (12) — również i opis tarcia osierdziowego przypominającego skrzypienie skóry siodła nowego, podczas konnej jazdy, pochodzi od Laennec'a — wartość wszakże rozpoznawczą dopiero później Collin podał (7). Postać skotniałego worka osierdziowego — zmianę czasem przy oględzinach pośmiertnych widywaną i opisywaną, którą przed rokiem opisał Schlesinger jako *„Panzerherz"* — opisuje dokładnie Laennec — jako zejście sprawy zapalnej; znał również i *pneumopericardium* przy wysiękach posokowatych. Przy wysiękach osierdziowych (osierdnych) proponuje trepanację mostka. Podaję krótką wiązankę ważniejszych zasług Laenneca — nie wyczerpuje ona bynajmniej wszystkich.

Następcy Laenneca zmienili poglądy mistrza: poszczególnym chorobom płuc i serca nie odpowiadają zazwyczaj jakieś

jakby swoiste patognomoniczne objawy auskultacyjne. Samego Laenneca już późniejsze doświadczenia zachwiały w jego pierwszym zachwycie — począł niedoceniać doniosłość swych odkryć — ale mimo wszystko genjusz ten dość nam skarbów w spuściźnie zostawił, zwłaszcza jeżeli uprzytomnimy sobie ówczesny stan djagnostyki, stan znajomości schorzeń serca. Wszak jeszcze w r. 1806 Portal, (cyt. *Vaquez: Médicaments et médications cardiaques. Paris Baillière 1925* str. 13) ówczesny koryfeusz lekarski Francji, powiada: *Il est à craindre que les médecins ne parviennent pas à distinguer ces maladies les unes des autres; c'est beaucoup s'ils arrivent à reconnaitre que le coeur est malade. Cela suffit en tout cas pour prescrire les remèdes nécessaires*". Dzieło Laenneca było studjowane i rozchwytywane — a przecież auskultacja zwolna tylko torowała sobie drogę. Nawet po 3 latach po ukazaniu się pomnikowej pracy o wynalazku Laenneca, narzeka angielski tłumacz John Forbes (1787—1853), że nie ogłoszono w angielskiej literaturze ani jednego przypadku w którymby stosowano stetoskop — przyrząd, który i dziś po stu latach przeszło, pomimo olbrzymich postępów — ostał się w naszej djagnostyce.

Dziwnym zbiegiem okoliczności jedynym z najżarliwszych propagatorów nowych metod djagnostycznych w Francji — był Polak, znakomity lekarz rozgłośnej sławy i nauki, w końcu i profesor, Adam Raciborski, urodzony w 1809 r. w Radomiu, kawaler Krzyża *Virtuti militari* — do Francji przybył 1832 r. Pominąwszy szereg dzieł jego, począwszy od r. 1834 — jedno z pierwszych miejsc zajmuje: *Nouveau manuel complet d'auscultation et percussion ou application de l'acoustique au diagnostique des maladies par A. Raciborski. Dr. en médecine de la Faculté de Paris et Bruxelles, Etablissem. encylographique* 1835, 800. min. z tablicą synoptyczną znaków auskultacji i perkusji, dedykowane ówczesnemu znakomitemu klinicyście paryskiemu, Bouillaud'owi. Już w r. następnym zjawia się tłumaczenie niemieckie: *Neues vollständiges Handbuch d. Auscultation und Percussion* 1836, str. 262, in 8⁰ i *Synoptische Tabellen etc. von Raciborski, übers. v. Hacker*, angielskie tumaczenie (1835). *„New and complet manuel of auscultation et percussion etc. Filzherbet —Cambridge*, greckie tłumaczenie Dr. Blastos'a (1838), rosyjskie 1843 r. przez Jarockiego w Warszawie (cyt. 5), T. 3, str. 550).

Drugiem na owy czasy niemniej epokowem dziełem Raciborskiego jest: *„Précis practique et raisonné du diagnostique, contenant l'inspection, la mensuration, la palpation, la depression, la percussion, l'auscultation, les réactions chimiques, l'interrogation de malade* etc. etc. *Paris 1837. Germain Ballière*". in 8⁰ min. str. 932. Z prac z zakresu auskultacji na wzmiankę zasługują Raciborskiego: *Histoire des progrès rélatifs au diagnostic et au traitement des organes respiratoires, depuis Hippocrate, jusque'à nos jours (Expérience 1840)*, również druga praca: *Nouvelles recherches cliniques sur l'auscultation*..... etc. *(Expérience 1840)*,

wreszcie:

De l'autophonie. Recherches sur la valeur de ce nouveau signe de diagnostique........ etc.) *Gazette des hôpitaux 1839)*.

Rozczytywując się w entuzjastycznych pochwałach ówczesnych pism o naszym ziomku — spoglądamy z podziwem na lekarzy emigracji polskiej po 1831 r. Niech mi wolno będzie przytoczyć jeden przynajmniej głos, chyba jeden z najkompetentniejszych *Bouillauda: Je me souviendrai toujours avec bonheur d'avoir eu pour éleves des hommes tels que M. M. Raciborski et Descleux qui sont si dignes de devenir maitres à leur tour*....." Otóż ten lekarz 4-go pułku wojska polskiego, staje się po kilku latach na emigracji w Paryżu, ozdobą fakultetu paryskiego jako przełożony kliniki Charité.

W Anglji nie zachwycano się początkowo nowym wynalazkiem, ceniąc w medycynie wyniki bardziej praktyczne; stąd też dopiero później zjawiają się prace o auskultacji. Oprócz tłumaczenia Forbes'a o czem wyżej wspomniałem, ogłasza w r. 1825 słynny W. Stokes (1804—1878): *Introduction to the use of the stethoscope, Dublin 8*, w r. 1826. Scudamore: Spostrzeżenia nad metodą Laenneca rozpoznawania chorób piersiowych; Spittal: Rozprawa o auskultacji etc., i Elliotson: O nowych ulepszeniach w sztuce rozpoznawania poszczególnych chorób serca (1830) R. Townsend i W. Henderson: Tablice o objawach auskultacji i perkusji (1832) wreszcie słynne dzieło Hope'ego: Choroby serca *(A treatise on the Heart and great Vessels. London 1831, 8.* Bryan (1833. Tony serca). Mc. Covan: Podręcznik fizykalnej djagnostyki, i wielu innych autorów. Górują między niemi znakomity W. Stokes i John Cheyne, Corrigan, których nazwiska i dziś są powszechnie znane w djagnostyce.

W r. 1835 tworzy się Komitet w Dublinie w przedmiocie: przyczyn tonów serca, a później również powstaje i komitet londyński.

W Niemczech ojczyźnie perkusji Auenbruggera wynalezionej przeszło 50 lat przed auskultacją Laennec'a — tylko powoli nowy wynalazek torował sobie drogę. Jeszcze w r. 1803 a więc przeszło 40 lat po zjawieniu się perkusji pisze o niej Sprengel, najznakomitszy historyk medycyny: „Ledwie do uwierzenia, że on, Auenbrugger — niektóre schorzenia płuc i klatki piersiowej mógł rozpoznać odgłosem (cyt. Baas 1). Podobnie miała się rzecz i po wynalezieniu stetoskopu.

Krzewicielami nowego wynalazku były poszczególne jednostki — głośne w świecie lekarskim. Chorobami serca zajmywał się wprawdzie już Kreysig: *(Krankheiten des Herzens (1814 do 1817)* i *System d. praktischen Heilkunde (1919)*, lecz było to przed Laenneciem, ale dopiero sławny klinicysta Piotr Krukenberg (1788—1865) w Halli wprowadził na klinice swojej badanie fizykalne już w r. 1820; stetoskop uznano tam za niezbędny od r. 1821. Później słynny Schönlein i asystenci jego w Würzburgu (r. 1828) wykładali perkusję i auskultację.

Z pamiętników Szokalskiego (cyt. Wrzosek 14) str. 4, dowiadujemy się, że mimoto jeszcze w r. 1834 w Giessennie znano ani perkusji ani auskultacji; Prof. Puchelt w Heidelbergu nazywa te stosunki „patrjarchalne" i dodaje: „....Ciekawa rzecz.... jak też to długo ci ludzie pozostaną ślepymi", (l. c. ibid.).

Później głośny autor podręcznika *(Handb. d. mediz. Klinik)* Canstatt, gorąco w Niemczech propagował metody nowe, również i Hamernik (r. 1848: o powstaniu tonów serca). Oppolzer 1841 r. w Pradze, później w Lipsku a od 1850 r. w Wiedniu — otoczony wówczas aureolą niezrównanego djagnosty, utrwalił stosowanie auskultacji i perkusji. Że mimo wszystko, fizykalne metody djagnostyczne natrafiały na trudności dowodzą głosy wprawdzie coraz mniej częste — lecz jeszcze publicznie występujące. I tak w r. 1845 jeszcze wypowiada Krüger-Hansen Baas 1) l. c. str. 746 zdanie: Kobieta nie obnaży swych piersi przed młodym eskulapem......... że właściwie ten tylko potrzebuje słuchawki, który ma słuch zły — zaś głusi lekarze znów nie będą wcale używali stetoskopu, a przecież jeszcze praktykują......... — Nieśmiertelną zasługą postawienia fizykalnego badania na naukowych zasadach fizyki — uczynienia z odkryć Augenbruggera i Laenneca nowoczesnej naukowej djagnostyki ma Józef Škoda we Wiedniu. Zasady te wyłożył w dziele: *Abhandlung über Perkusion und Auscultation. Wien 1839*. Zwolna jednak znów wyradzała się przesada.

Wysubtelnienie djagnostyki tak dalece zaprzątnęło umysły badaczy lekarskich i praktyków, w tych dociekaniach tak bardzo widziano zadanie medycyny, że szczególniej w szkole wiedeńskiej zajmującej naonczas t. j. w połowie ubiegłego stulecia dominujące stanowisko rozwinął się ów „nihilizm terapeutyczny"! Zaniedbywano etjologję i leczenie chorób, a więc najważniejsze zadanie lekarza. Przeciw temu skrajnemu kierunkowi — którego przecież uniknęli francuscy twórcy nowoczesnej medycyny — ostrzegał pierwszy Virchow. Reakcja o wiele później nastąpiła, dziś grozić nam poczyna ostateczność druga.

A teraz na zakończenie przypatrzmy się co się w Polsce działo. Już w kilka lat po wystąpieniu Laenneca — znano w Polsce wynalazek stetoskopu. Z pewną dumą dowiadujemy się, z pięknej pracy[2]) Wrzoska i Wierzbickiego 14), że wileńskiej klinice przypada zaszczyt wprowadzenia wynalazku Laennec'a w użycie. Wincenty Herberski, znakomity uczeń Laennec'a — następca na katedrze głośnego Franka syna — objąwszy w r. 1823 klinikę, stał się „fanatycznym niemal krzewicielem nowej metody" (str. 6, l. c.). W r. 1824 pojawia się w Dzienniku medycyny chirurgji i farmacji Wilno 1824 r. str. 517—560, rozprawa Feliksa Rymkiewicza: O użyciu stetoskopu — z dodaniem figur (l. c. 14), str. 7.). Trzecią pracą jest rozprawa Jana Oczapowskiego: *De auscultatione mediata. De stethoscopii usu in medicina, chirurgia, et arte obstetrica. Vilnae* 1824. Autor przy pomocy profesora swego Herberskiego „który pod okiem samego wynalazcy w Paryżu" nabył wprawy w auskultacji — poświęca osobny dział znaczeniu auskultacji w rozpoznawaniu chorób — opierając się na własnych spostrzeżeniach.

Tuż potem i w „wolnem, niepodległem i ściśle neutralnym" prastarym Krakowie — słyszymy o nowych metodach fizykalnego badania. Znakomity reorganizator lekarskiej kliniki krakowskiej, wielce zasłużony Józef Brodowicz — godny przedstawiciel zasad hipokratesowskich w swem *„Programma"* nauczania klinicznego (zob.: Ludomił Korczyński 6) str. 105), wzbudza podziw swymi zasadami klinicznego nauczania i wymaganiami, które uczniom stawiał. Profesor żąda oprócz dokładnych historji chorób: *„sectio cadaveris in praesentia omnium discipulorum"*; dalej odby-

---

[2]) Którą niestety dopiero po wygłoszeniu odczytu w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem dostałem.

wa on systematyczne wykłady, wśród których widzimy: *Nowe sposoby badania t. j. auskultację i perkusję!*. Dzieje się to zaledwie w kilka lat po ogłoszeniu dzieła Laenneca. Jednemu z uczniów poleca jako temat rozprawy doktorskiej właśnie: *rzecz o używaniu stetoskopu i plessimetru* (który niedawno Piorry w Paryżu podał). Otóż zjawia się w druku praca, której jeden egzemplarz mam przed sobą [3]), pod tytułem: *De Stethoscopi et plessimetri in diagnosi morborum thoracis usu; item de Keratonyxide comentatio inauguralis quam ad jectis thesibus annuente inclyta facultate medica in antiquisima ac celeberrima studiorum universitate jagellonica ad summos in medicina et chirurgia honores sibi concedendos Josephus Lewicki publici juris facit.*

Cracoviae Typis universitatis MDCCCXXIX.......... Rozprawę autor poświęca swojemu profesorowi i księciu Metternichowi „Konserwatorowi Uniwersytetu".

Część zawierająca szczegóły, słuchawki i pukadła dotycząca, obejmuje stronic 43; zaś sprawa operacji ocznej — z działu okulistyki, niejako druga rozprawa doktorska obejmuje 8 str. Na końcu dodane rysunki słuchawki — chyba większą długością i poniekąd kształtem muszli górnej nieco różną od dziś używanych słuchawek. Rysunek przedstawia stetoskop, cylinder z 2części do składania, ponadto uszną płytkę, obturator obok pukadeł Piorry'ego.

Rozprawa w języku łacińskim wyczerpująca, obejmująca w streszczeniu objawy fizykalne schorzeń płuc i serca, szczegółowe wskazówki używania słuchawki i pukadła — wszystko jeszcze dziś z korzyścią może być odczytywane.

Stetoskop znany był na klinice krakowskiej od r. 1825 gdyż wtedy przywiózł go z Paryża profesor Sawiczewski; nie przywiązywał początkowo Brodowicz wielkiej wagi do nowego wynalazku, gdyż „wystarczały nam zwykłe naturalne organa — zmysłów, skoro te były zdrowe, bystre i do obserwacji wprawiane jakie każdy lekarz posiadać a uczeń już na klinikę przywieźć ze sobą powinien, gdyż bez tego na nic mu się nie przydadzą najlepsze chociażby narzędzia sztuczne, lecz przeciwnie do złudzeń i błędnych wniosków prowadzić muszą". (Korczyński (6) str. 110). Brodowicz jednak z obowiązku pedagogicznego przedstawia uczniom nowe prądy, których „główne godło stanowią te narzędzia, a niejeden Eskulap ma takowe za jedyną cechę i oraz wyborny środek imponowania swoim pacjentom (ibid. str. 106).

O warszawskim uniwersytecie „królewskim" wówczas, w której w r. 1818 objął klinikę lek. wybitny uczony lekarz Dybek, po Drze A. Wolfie — nie mamy szczegółów bliższych o przedmiocie omawianym. „W Warszawie ani stetoskop ani młoteczek nie był w użyciu". (Bieliński: wydział lek. królewsk. warszawsk. uniwersyt. Poznań 1809 cyt. Wrzosek 14).

Szokalski słynny uczony okulista warszawski wróciwszy z Paryża — jako naczelny lekarz szpitala ewangelickiego w Warszawie gorąco propagował metody nowe. Jeszcze jednak w drugim i trzecim dziesiątku lat ubiegłego stulecia zjawiały się polemiki, jak to widać z rozprawy Majewskiego: O rozpoznawaniu i leczeniu wypoceń w bł. opłucnowej; w Tygodniku lek. warsz. R. 1. 2. 7. 8. (podług: Gąsiorowskiego 5) T. 3. str. 671).

W sprawie nowych metod badania i nowych prądów zapytuje znany lekarz i autor: *De relatione mutua organismi humani vivi ad mundum externum, praxeos medicae ratione habita. Varsaviae 1839*. str. 52. Dr. Mylo (Gąsiorowski 5). l.'c. T. 3. str. 577): Czy od czasu nauki Laenneca szczęśliwiej umiemy leczyć suchoty? Autor ten gani zbytnie oddawanie się anatomji patologicznej, dowodzi że sztuka leczenia zasadza się na doświadczeniu, nie na anatomji, której nie znał Hipokrates i utrzymuje, że lekarz nie powinien nawet myślą dzielić ciała na części... krytyk Lebel nie zgadza się z tym poglądem występując ostro przeciw niemu. Również i A. Simon w (tyg. lek. R. V. str. 166.) pisze o djagnostyce i jego korzyściach i środkach dla jej oznaczenia.

I w Poznańskiem wybitni lekarze polscy stosują auskultację.

Toż samo i niezapomniany działacz społeczny i słynny lekarz poznański Karol Marcinkowski, wróciwszy z Paryża w r. 1835 należał do gorących zwolenników nowych metod badania fizykalnego — podług świadectwa Zielewicza; i inny wybitny lekarz poznański Teofil Matecki, autor oceny dzieła Kremera — o którym poniżej mowa — należy do szeregu tych, którzy pielęgnowali auskultację i perkusję w pierwszych latach po odkryciu Laennec'a.

Wyrazem jednak, że nowe metody uzyskały i w Polsce już całkowite prawo obywatelstwa jest piękne dzieło Al. Kremera 8): O zastosowaniu słuchu do rozpoznawania chorób. W Krakowie 1841 w księgarni Fusieckiego str. 230 [4]). Autor usprawiedliwia tem swoją pracę, że... „żadne z dzieł u nas w ostatnim czasie na jaw wyszłych, nie czyniło nam nawet nadziei, aby ktoś z lekarzy zechciał zaznajomić ziomków z przedmiotem tak ważnym" (l. c. przedmowa str. IV.)

Autor dwa lata pracował w Paryżu na klinice Bouillauda i Louis'a, i w Wiedniu; słuchawkę nazywa trąbką słuchową. W dziele swoim opiera się głównie na pracach Piorry'ego i Skody. Część pierwsza obejmuje dział: o pukaniu, pukanie bezpośrednie i pośrednie, (pukadło), podział brzmień, szelest garnka pękniętegoi t. d. W części drugiej mówi: O przysłuchu bezpośrednim i pośrednim, o użyciu trąbki słuchowej, zjawiska głosu, szmery oddechowe, podział Lanneca, podział Skody, uderzenie serca, szmery serca, o miarowości nieprawidłowej i t. d. a w części trzeciej: O zjawiskach słuchowych w różnych stanach wnętrzności: Pukanie, przysłuch w stanie prawidłowym, pukanie i przysłuch w stanie brzemienności, choroby płuc, opłucnej, serca, zapalenie oserca (sic.) i t. d.

Dla uzupełnienia całokształtu przewrotu dokonanego wynalazkiem Laenneca, wypada nadmienić, że auskultacja oddała i innym działom nauki naszej wielkie usługi.

Przypominam, że już w r. 1828. *Le Jumeau de Kergeradac* stosuje auskultację w położnictwie w rozpoznawaniu ciąży, ogłaszając swe spostrzeżenie w pracy: *Memoire sur l'auscultation apliqueé á l'etude de la grossese ou recherces sur deux nouveaux signes propres á faire connaitre plusieurs circonstances de l'état de gestation, lu á l'Academie royale de Médecine dans la séance génerale du 26. Decembr. 1821 par.....* W rok później zjawia się tłumaczenie niemieckie z dodatkiem obserwacji tłumacza: P. de Lens, Weimar 1822, zaś w r. 1838: *Die Geburtshültliche Ausculatation von Herman Franz Naegele Mainz bei Victor v. Zabern.* Za położnictwem idzie (1923) chirurgja (Lisfranc) przy złamaniach, przy rozpoznawaniu kamieni w pęcherzu schorzeń jamy bębenkowej zatok nosowych i. t. d.

Mimo, że w ciągu stulecia stetoskop ulegal bardzo licznym przeobrażeniom, nie zawsze ulepszeniom, naprzykład: słuchawki z bębenkiem, elektryczne, telefoniczne i t. d. w ostatnich latach słuchawki o dwóch muszlach Mayera (obecnie w Poznaniu) i tegoż autora osłuchiwanie przez usta: rurka do ust chorego wsunięta, której drugi koniec znajduje się w uchu badającego, dalej słuchawki dwuuszne różnej konstrukcji i t. d. przecież najczęściej używana jest pierwotna słuchawka mało co zmodernizowana — obok b. użytecznych dwuusznych.

Na tle znakomicie rozwijającej się anatomji patologicznej i nauki klinicznej w pierwszych dziesiątkach XIX w. wyrosła postać wielkiego lekarza jakim był niewątpliwie Laennec do postaci wyjątkowej. Niespożytą zasługą Laenneca pozostanie po wsze czasy stworzenie metody, która umożliwia w ogóle poznanie chorób serca. Podwaliny położył on, — a na nich budowali Piorry, Andral, Gendrin i cały szereg innych, zaś w Anglji taki Williams, Corrigan, Hope, Stokes, — a wreszcie szkoła wiedeńska, tkwiąca korzeniami swymi w nauce Auenbruggera a potem opierając się na olbrzymiej pracy i wynalazku Laenneca — wydała Skodę. Nie był Laennec bez błędu, niedoceniał naprzykład wartości anatomji mikroskopowej, ale mimo wszystko zdobi skroń jego, laur niewiędnący wszelkich umysłów torujących naszej pięknej nauce nowe tory — *Exegit monumentum aere perennius.*

Piśmiennictwo.

1) Baas. Joh. Hermann: Geschichte der Medizin und des heilenden Standes. Stuttgart. 1876. — 2) Biographisches Lexikon der Hervorragenden Aerzte aler Zeiten und Volker. Bd. I., II., III., IV., V., VI. Wien und Leipzig von Wernich — Gurtl.-Hirsch. Urban und Schwarzenberg 1884—1888. — 3) Brugsch und Schittenhelm: Lehrbuch Klinischer Diagnostik und Untersuchungsmethodik V. Aufl. Urban und Schwarzenberg Wien 1921. — 4) Fischer: René Théfile Hyacinth Laennec W. med. W. Nr. 39, 1926 r. — 5) Gąsiorowski Ludwik: Zbiór wiadomości do historji sztuki lekarskiej w Polsce T. 1, 2, 3, 4. w Poznaniu 1839, 1853, 1854, 1855. — 6) Korczyński Ludomił: Zarys dziejów kliniki lekarskiej uniwersytetu Jagiellońskiego w Księdze jubileuszowej ku uczczeniu prof. Edwarda Korczyńskiego, Kraków 1900. — 7) Kraus und Brugsch: Spezielle Pathol. und Ther. innerer Krankh. Bd. IV. Herzkrankh. II. Hälfte. Erkrankungen des Herzbeutels; Plesch: Herzklappenfehler. Leschke str. 901. Urban und Schwarzenberg Berlin, Wien 1925. — 7 a) Lewicki: De Stethoscopi et plessimetri....... Cracoviae 1829. — 8) Aleksander Kremer: O zastosowaniu słuchu do rozpoznania chorób. Kraków, w księgarni Fusieckiego 1841. — 9) Łuczkiewicz: Historja medycyny, przekład trzeciego wydania, Haesera Lehrbuch der Geschichte der Medizin (zweiter Band 1876—1881). Tom drugi dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa. drukiem Schulza i Ski, 1886 wydanie z zapomogi kasy Mianowskiego. — 10) Sahli: Lehrbuch der Klinischen Untersuchungsmethoden IV. Aufl. Leipzig, Wien 1905. — 11) Morgagni (J. Baptista): De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, libri

---

3) Mowca przedkłada go obecnym.

4) Mówca przedkłada obecnym egzemplarz.

quinque. Dissectiones et animaversiones. etc., etc. Tomm I. II. Pataviae MDCCLXV. sumptibus Remondianis. — 12) v. Ziemssen: Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie. Bd. VI. 2-te Aufl. Leipzig. Vogel. 1879. Schrötter: Krankhiten des Herzfleisches str. 322, str. 212, str. 264, str. 332. str. 246, str. 264. Quinke: Krankheiten der Gefasse, str. 448, Bauer: Krankheiten d. Herzbeutets, str. 640. Rosenstein: Krankheiten d. Endocardium, str. 77. 13) Vaquez: Médicaments et médications cardiaques. Paris Bailliere 1925. — 14) Adam Wrzosek i Romuald Wierzbicki: Początki stosowania auskultacji w Polsce. Archiwum Historji i Filozofji, medycyny oraz nauk przyrodniczych Redaktor Adam Wrzosek, Tom IV, z. 1, Poznań 1926.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Franciszek NARÓG, starszy asystent kliniki. Lwów.

Przyczynek do patologji suchości spojówek i rogówek, zmierzchowej ślepoty i rozmiękczenia rogówki. Obraz w świetle lampy szczelinowej.

(Xerosis conjunctivae et corneae, hemeralopia, keratomalacia).

Z Kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. A. Bednarski.

Wprowadzenie lampy szczeliiowej do badań okulistycznych przed kilkunastu latami zapoczątkowało nową erę w okulistyce, gdyż zwrócono się do badania mikroskopowego żywej tkanki (biomikroskopja). Badanie żywej tkanki pod mikroskopem wywołało ogólne zainteresowanie. Bawiąc we Wiedniu miałem sposobność przekonać się, że większość przypadków ze zmianami patologicznemi podlegała badaniu w świetle lampy szczelinowej. Na zjeździe okulistycznym w Paryżu, w maju 1926 r., głównym tematem była rogówka w świetle lampy szczelinowej. Piśmiennictwo okulistyczne odnośnie do badań lampą szczelinową stanowi obecnie już poważny dział. Z urządzeniem lampy szczelinowej i dokładną techniką badania zapoznaje nas w piśmiennictwie polskim w bardzo przejrzystym, jasnym i treściwym wykładzie prof. Majewski w Pol. Gaz. lek. Nr. 18 i 19, 1923. Zamenhof uprzystępnił to badanie przez wprowadzenie podręcznego oftalmoskopu elektrycznego, który w praktyce może poniekąd zastąpić lampę szczelinową. (Klin. oczn. 1925). Pominę zatem stronę teoretyczną badania, a pozwolę sobie przedstawić suchość spojówek i rozmiękczenie rogówek w świetle lampy szczelinowej na spostrzeganych przypadkach tembardziej, że dotychczas nie spotkałem ani w atlasie Vogta, ani w ogłoszonych pracach zmian przy kserozie spojówek i keratomalacji, spostrzeganych w świetle lampy szczelinowej.

Pierwszy z przypadków jest interesujący nietylko ze względu na obraz w lampie szczelinowej, ale również na postać i przebieg kliniczny, jako jeden z bardzo rzadkich, dlatego omówię go szerzej.

Z wywiadów dowiadujemy się, że ojciec chorego zmarł w 50-ym roku życia, matka w 40-ym roku. Ma dwóch braci zdrowych. Przed pięciu laty zauważył bolesność i gniecenie w okolicy dołka podsercowego, występujące po jedzeniu, częste oddawanie moczu i wzmożone pragnienie. Stolce miały być barwy smołowej. Z początkiem wiosny zeszłego roku zauważył gorsze widzenie o zmroku, co po miesiącu miało ustąpić. W lecie czuł się zdrowszym. W jesieni i w zimie odżywiał się źle. Dostawał ziemniaki, kapustę, czasem fasolę na oleju lnianym. Nigdy nie jadł masła i mięsa, mleko pił bardzo rzadko. Przed kilku tygodniami wystąpiło złe widzenie o zmroku. Na tydzień przed przyjęciem do kliniki wystąpiła żółtaczka bez żadnych innych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Prawie równocześnie miały wystąpić zmiany na oczach. Chory odnosi to do umycia twarzy odwarem pietruszki z powodu jakichś zmian skórnych na twarzy, przyczem płyn miał się dostać do oczu i spowodować zmiany na oczach.

Chory B. H., lat 18. (Hist. chor. 127, 1925-26), gr. kat., pastuch, wzrostu niskiego, odżywienia podupadłego. Waga ciała 33½ kg. Skóra blada, sucha, żółtaczkowo zabarwiona, głównie na twarzy, górnej części tułowia i górnych kończynach. Podściółka tłuszczowa zanikła. Ciepłota 38° C. Na klinice wewnętrznej stwierdzono u chorego żółtaczkę kataralną. Wątroba była obniżona o jeden palec poniżej łuków żebrowych, śledziona nieznacznie powiększona. Gruczoły pachwinowe drobne, wyczuwalne.

Stan oczu 16. I. 1925 r. Szpara powiekowa obu oczu znacznie węższa, nieznaczny światłowstręt, lekkie nastrzykanie spojówkowe, lekko zaznaczone nastrzykanie rzęskowe, spojówka powiek i gałki o odcieniu żółtem, żółtaczkowo zabarwiona. Spojówka gałek w całości sucha, tłusto połyskująca, mało elastyczna, łzy się na niej nie utrzymują, miejscami chropowata, pokryta jakby zaschniętą pianką. Wzdłuż naczyń widoczne ciemno-bronzowe pola. Powyżej i poniżej rogówki pokrywają spojówkę gałkową wraz z naczyniami rozległe masy szaro-brunatne i wznoszą się wysepkowato ponad spojówkę. Kąciki wewnętrzne i zewnętrzne są założone masami szaro-brudnemi, o spoistości ciastowatej, które leżą na spojówce gałki i dają się usuwać wacikiem. Na powierzchni tych mas w kącikach szpary powiekowej — biała pianka. Na prawem oku górą wewnątrz ubytek powierzchownych i głębszych warstw rogówki, wielkości dwóch główek szpilki. Rogówka w tem miejscu jakby ścięta, szaro-biała, nierówno-schodkowata, nieco wypuklona *(Descemetokele)*, tęczówka przeciągnięta w stronę ubytku, źrenica owalna. Na rozpadłych warstwach rogówki wznoszą się masy szaro-brunatne, które pozostają w związku z masami na spojówce. Pozostała część rogówki ma nabłonek nieco suchy, rogówka prześwieca. Na oku lewem od wewnątrz podobny ubytek z padniętą tęczówką. Dalej ku środkowi powierzchowny ubytek wielkości małej główki od szpilki. Ubytki rogówkowe są ograniczone, okolica ubytków nienaciekła, brak dużego nastrzykania rzęskowego i charakterystycznych cech zapalnych. Dno ubytków jest schodkowate, o dymnym odcieniu.

Z worka spojówkowego usunięte wacikiem sublimatowym wolno leżące masy o spoistości ciastowatej. Ze spojówki gałkowej naloty dawały się łatwo zdejmować. Po dwóch dniach pozostały tylko osady na spojówce gałkowej oka prawego powyżej rogówki, na rogówce w miejscu rozpadu i nieznacznie poniżej, jak to uwidocznione na zdjęciu fotograficznem. Ryc. 1.



Ryc. 1.

19. I. 1925 oko prawe. W worku spojówkowym nitki śluzu. Na spojówce gałkowej, tuż ponad rogówką, nalot, jakby błona, szaro-biała, 6—7 mm długa, 1½ mm wysoka, tworzy prostokąt nieściśle odgraniczony. Przy ściąganiu pensetą nalot ten rozpada się na bezkształtne masy. Po zdjęciu tej masy spojówka jest pod spodem kserotyczna. Nalot ten zachodzi od góry, na brzeg rogówkowy i pokrywa częściowo wypadniętą tęczówkę. Reszta spojówki dookoła rogówki jest sucha i lśniąca. Na oku lewem stan podobny. Rogówka, jak podano wyżej. Przedkowa komórka oka prawego płytka, oka lewego prawidłowa, tęczówki przeciągnięte w stronę rozpadłych mas do brzegu rogówki, źrenice owalne. Vp. Liczy palce przed okiem. Vl. Liczy palce na ½ m. Dno oka słabo prześwieca.

Przystosowanie na światło: Po odwiązaniu choremu oczu w napół zaciemnionym pokoju, chory porusza się niepewnie, i potrąca porozstawiane przedmioty. W pokoju rozjaśnionym porusza się pewniej.

Rozp. Rozlana nabłonkowa suchość spojówek, złuszczająca się masowo, kurza ślepota, rozmiękczenie rogówek, wypadnięcie tęczówki obu oczu *(xerosis epithelialis, diffusa, degenerativa, exepitheians, keratomalacia, prolapsus iridis o. u.)*.

Badania dodatkowe: Próba krwi na Wassermana i S. Georgi ujemna. Pirquet, słabo dodatni, wobec ogólnego wycieńczenia bez znaczenia.

Świnka morska,zaszczepiona wydzieliną z oka, nie wykazała żadnych zmian patologicznych.

Bakterjologiczne badanie wypadło ujemnie.

Badanie anatomiczno-patologiczne (Dr. Szusterówna). Wzięto masy bezpostaciowe z powierzchni spojówki. W rozcierkach barwionych eozyną i hematoksyliną stwierdza się bezpostaciowe masy i bladoróżowe eozyną barwiące się blaszki, w których gdzie-

niegdzie wyraźne są jądra. Blaszki te przedstawiają zatem złuszczone i zdegenerowane komórki nabłonka. Kryształków cholesteryny nie wykazano.

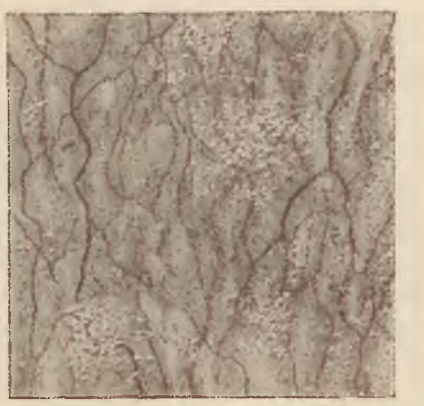
Roentgen. Stwierdzono opóźnione wypróżnianie jelit. Może nieznaczne zwężenie *„pylorus"*.

Państwowy Zakład Higjeny nie stwierdził w kale chorego jaj pasożytniczych. Obraz krwi wykazał dość znaczną niedokrewność i nieznaczną eozynofilję. Białko i cukier nieobecne, barwiki żółciowe obecne.

Badania lampą szczelinową.

20. I. 1926. Obj. aa 1, Okular 18 x. Spojówki gałek silnie lśniące, dają podłużne refleksy w oświetleniu bezpośredniem. W nabłonku spojówek gałki bardzo liczne, brylantowo połyskujące, nierównomiernie rozmieszczone kryształki, prawdopodobnie cholesteryny. Blaskiem przypominają *„scincilatio corporis vitrei"*. Najliczniej są rozmieszczone w okolicy równika, powyżej rogówki. Tu występują masowo i przedstawiają się w świetle ogniskowem, jakby srebrzysty dach z nałożonych dachówek, lub jakby srebrzyste szyszki, złożone z lśniących łusek. W kąciku wewnętrznym i zewnętrznym, jakoteż dołem jest ich znacznie mniej, a miejscami nawet występują pojedynczo. Wzdłuż naczyń ciągną żółto-brunatne, pigmentowane pasma, które w całości tworzą tafelkowate pola. Miejscami widoczne białawe, owalne wysepki, przykrywające naczynia, odpowiadające nalotom na spojówce. W tych miejscach brak kryształków. Połyskujące kryształki są dobrze widoczne, tak w świetle bezpośredniem, jak również pośredniem i mają odcień biało-brylantowy w odróżnieniu od żółto-jasnych, podłużnych refleksów. Na rogówce w miejscach ubytków widać napęcznienie i zmętnienie szaro-dymne. W pryzmacie są widoczne szaro-dymne blaszki, leżące dachówkowato na sobie. Między rozluźnionemi i napęczniałemi warstwami znajdują się szczeliny z ciemnym odcieniem. W niektórych częściach rogówki jest powierzchowne zmętnienie i napęcznienie warstwy nabłonkowej w postaci punkcików. Błona Descemeta bez osadów. Przodkowa komórka dość głęboka. W obrębie źrenicy rąbek barwikowy miejscami atroficzny i zlepiony z przednią torebką soczewki, na której są liczne złogi barwika i siateczkowata wypocina włóknikowa, przedstawiająca się ciemno-bronzowo w pośredniem oświetleniu.

Pod dużem powiększeniem okular 18 x obj. 6 aa, przedstawiają się kryształki w nabłonku spojówki jako romby z osią wydłużoną w kierunku światła szczeliny, miejscami jako trójkąciki. W warstwie nabłonkowej widoczne prócz tego kuliste wakuole, nieliczne, wodo-jasne wewnątrz, z otoczką ciemno-brunatną. Kryształki, złogi złuszczonego nabłonka i ciemno-bronzowe pola wzdłuż naczyń są widoczne na rycinie 2.



Ryc. 2.

23. I. Po dwóch dniach znikły wakuole. 29. I. Kryształki mniej liczne. 30. I. Owalne złogi nabłonka w postaci mas ustąpiły. 2. II. Spojówka prawidłowa, znikają brunatne smugi dookoła naczyń, zaledwie tu i ówdzie pojedyńcze, matowe kryształki, które można policzyć w całej spojówce gałki. Na rogówce o. p. w miejscu blizny z padniętą tęczówką bardzo delikatne zmętnienie, widoczne w pryzmacie o powierzchowni schodkowatej i nierównej. Nabłonek w tych miejscach odnawia się. Prócz tego w środku rogówki wystąpiło świeże powierzchowne zmętnienie z brakiem warstwy nabłonkowej i napęcznieniem wierzchnich warstw rogówki. Na oku lewem prócz podobnej blizny z padniętą tęczówką ciągnie przez środek rogówki ze strony wewnętrznej ku zewnątrz świeże promieniste zmętnienie. Warstwa nabłonkowa wykazuje smugowate szczeliny, wskutek poprzerywania ciągłości nabłonka. Powierzchnia nierówna, jakby pofałdowana i porysowana. Liczne punkcikowate zmętnienia w powierzchownych warstwach rogówki z promienistymi wypustkami. Smugowate rozpadliny w warstwie nabłonkowej wskutek złuszczenia nabłonka są widoczne nawet gołem okiem w oświetleniu ogniskowem.

Vp. $1^1/_2$ m palce, Vl 2 m palce. Dno oka: Różowy refleks z głębi, widoczne naczynia, tarczę trudno zobaczyć.

Czucie rogówkowe, badane wacikiem, wykazuje znaczne obniżenie. Temperatura 37.2°.

Chory badany na przystosowanie na światło adoptometrem Förstera, zaadoptowany na światło, widzi ciemne znaczki przy wysunięciu podziałki na 22, zaadoptowane na ciemność przez 20 minut przy podziałce 5. Przystosowanie na światło było zatem znacznie upośledzone, gdyż normalnie rozpoznaje człowiek znaczki adoptometru przy skali 1. Ogólny stan chorego i wygląd znacznie się poprawił.

8. II. Chory badany adoptometrem Förstera rozpoznaje czarne znaczki po wprowadzeniu go do ciemni optycznej przy wysunięciu skali na 20; po zaadoptowaniu go na ciemność przez 10 minut, okiem prawem przy wysunięciu skali na 7, okiem lewem przy skali dwa. Vp. 2 m palce, Vl. 5/15. Czytać nie umie. Złuszczanie się nabłonka już ustąpiło. Na oku lewem po rozpadzie nabłonka, zaznaczonym powstaniem szczelin na powierzchni rogówki przyszło do odnowy nabłonka, tak, że rozpadliny wśród nabłonka ustąpiły, zmętnienie w środku rogówki oka lewego i oka prawego utrzymuje się nadal.

20. II. Choremu przybyło 3 kg. na wadze, waży $36^1/_2$ kg. Odżywienie znacznie się poprawiło, podściółka tłuszczowa lepsza. Chory po stanie przygnębienia i bezinteresowności stał się ożywiony i wesoły. Oko prawe blade, spojówka o odcieniu lekko żółtaczkowym. Po stronie wewnętrznej przy brzegu rogówki widoczna blizna wielkości 2 dużych główek szpilki; 4 mm długa, 2 mm szeroka, w którą wpadła tęczówka, źrenica owalna. W środku rogówki powierzchowna blizna, zasłaniająca od góry połowę źrenicy. Pozostała część rogówki czysta. Dno oka słabo przyświeca. Vp. 2 m palce. Pole widzenia nieda się stwierdzić. Oko lewe blade, spojówka ma lekki odcień żółtaczkowy, po stronie wewnętrznej przy brzegu rogówki blizna wielkości 2 główek szpilki, w którą wpadła tęczówka, źrenica owalna, 2 mm na zewnątrz widoczna druga powierzchowna blizna,wielkości małej główki szpilki. Pozostała część rogówki i źrenica czysta. Do blizn przybrzeżnych rogówki ciągną z obwodu naczynia. Vl. 5/15. Pole widzenia prawidłowe, w oświetleniu gorszem dośrodkowo zwężone, dno oka prawidłowe, granica tarczy bardzo lekko zatarta, zwłaszcza od strony skroniowej, brak zmian barwikowych na obwodzie siatkówki.

Chory widzi okiem prawem czarne kreski adoptometru Förstera przy wejściu do ciemni przy skali 12, po 10 minutach przystosowania na ciemność przy znaczku 2—3, okiem lewem zaś tak, jak porzednio.

W świetle lampy szczelinowej widać w spojówce gałki znacznie mniejsze, bronzowe pola dookoła naczyń i zamglenie powierzchownych warstw w miejscu blizn na rogówce oraz barwikowe ciałka na przedniej torebce soczewki.

Chory otrzymywał leczniczo przez cały czas maść borową, opaskę, czasem dioninę, tran rybi i posilne pożywienie z uwzględnieniem witaminów.

W drugim przypadku u osobnika 50 l. wyznania mojż. wystąpiła suchość spojówek i kurza ślepota na obu oczach, pochodzenia ogólnego i zwyrodnienie szkliste rogówki oka lewego. Chory cierpiał od kilkunastu lat na chroniczny nieżyt żołądka. Spojówki gałek były w całości suche, tłusto połyskujące, jakby pokryte zaschniętą pianką, rogówka oka lewego w $^3/_4$ od dołu była biało-matowa, o wyglądzie matowej szyby i wcale nie przeświecała. Odcień matowy kończył się w linji poziomej, ostro odgraniczony od $^1/_4$ górnej części rogówki, która była prawidłowa. Część matowa rogówki była sucha, twarda, bez połysku. Wśród tej jednostajnej matowej masy były miejscami maleńkie otworki, wielkości punkcików, w których był zachowany nabłonek rogówkowy. Źrenica reagowała dobrze. V. l. poczucie światła świecy na 6 m i lokalizacja dobra. V. p. prawidłowy. W świetle lampy szczelinowej spojówki gałek okazały się połyskujące, tłuste i suche z wystającemi białemi chropowatościami łuszczącego się nabłonka. Kryształków brak. Rogówka oka lewego w oświetleniu bezpośrednim wykazuje jednostajne, rozlane, dymne zaciemnienie na powierzchni. Głębsze części w świetle bezpośredniem niewidoczne. Matowa powierzchnia, wyglądająca w zupełności jak matowa szyba, nie przepuszczała wcale światła. Zwyrodnienie szkliste i zrogowacenie odnosiły się w tym przypadku wyłącznie do nabłonka rogówki. Tylna powierzchnia rogówki, tęczówka i soczewka były prawidłowe. Był to jedyny, bardzo ciekawy przypadek, o tak charakterystycznym wyglądzie rogówki, o odcieniu białawej matowości szyby, jaki miałem w ogólności sposobność oglądać. Należy tu zaznaczyć, że granica matowości kończyła się ostro linją poziomą na przejściu w część

prawidłową rogówki. Jednakowoż powierzchnia części zajętej rogówki i części zdrowej leżały na tym samym poziomie. Zwyrodnienie szkliste znajdowało się zatem w samym nabłonku rogówki bez uniesienia go ku górze. Czucie rogówkowe było obniżone.

Rozpoznanie: Suchość nabłonkowa spojówek i kurza ślepota obu oczu, zwyrodnienie szkliste i rogowe nabłonka rogówki oka lewego. *(Xerosis epithelialis simplex; hemeralopia o. u., degeneratio epithelii corneae, hyaloidea et cornua o. s.).*

W przypadku trzecim, dotyczącym 56-let. zarobnicy ze suchością spojówek były widoczne w świetle lampy szczelinowej pojedyncze wakuole i pojedyncze kryształki rombowe na spojówce gałki.

W przypadku czwartym, dotyczącym 50-letniej praczki, wystąpiła początkowa suchość spojówek bez kryształków. Były widoczne chropowatości w nabłonku, tłusto-połyskującym. W przypadkach tych na tle złego odżywienia bez tłuszczów wystąpiła najpierw kurza ślepota, następnie nabłonkowa suchość spojówek.

Prócz tych przypadków, kurzej ślepoty, suchości nabłonkowej spojówek, rozmiękczenia rogówek i zwyrodnienia rogówki, pochodzenia ogólnego, przy braku witaminów A w organiźmie, miałem sposobność spostrzegania przypadku piątego, szóstego i siódmego, w których wystąpiła suchość spojówek i rogówek na tle schorzenia miejscowego.

Przypadek piąty dotyczył F.Kr. 64 lat, robotnika z Kopyczyniec, który cierpiał na jaglicę ziarnistą i bliznowatą oraz grubą łuszczkę jagliczą obu oczu, zwężenie i zatkanie źrenicy z tylnymi zrostami tęczówki oka lewego. Rogówka oka prawego była w całości unaczyniona, matowa i sucha. Przez środek rogówki biegła szeroka błona, zasłaniająca całą źrenicę, a na błonie leżały białe, szorstkie masy. W świetle pośredniem lampy szczelinowej były widoczne liczne kryształki, połyskujące w miejscu mas kserotycznych, a miejscami większe i mniejsze banieczki, leżące obok siebie w nabłonku rogówki. Przedstawiały się one jasno-wodnisto z ciemniejszą otoczką, zupełnie podobnie jak banieczki mydlane po spuszczeniu piany z mydła na wodę. Były to niewątpliwie wakuole jako wyraz zwyrodnienia wodniczkowego. Suchość spojówek i rogówki były dopiero w początkach, gdyż nie stwierdziłem wakuoli w późniejszych okresach suchości rogówek. Cechą zatem początkową suchości rogówki jest zwyrodnienie wodniczkowe nabłonka rogówkowego. W pryzmacie powierzchnia kserotyczna rogówki — przedstawiała się szaro-biała, nierówna, z rozpadlinami ciemniejszemi i z trójkątnemi kryształkami na powierzchni szarawych, owalnych zmętnień. Głębsze części rogówki były niewidoczne. W świetle przepuszczonym na czarnem polu przeświecały jasne wakuole, kryształki natomiast przybrały matowy odcień. W miejschach wodniczkowego zwyrodnienia nie było naczyń. Masy kserotyczne rogówki przedstawiały się jako ciemne plamki, o chropowato nierównej powierzchni. Spojówka w kącikach była zgrubiała o odcieniu żółtawym. Na suchość rogówek wpłynęło z jednej strony mechaniczne drażnienie wskutek jaglicy i częściowe wywinięcie brzegu powiek, z drugiej strony gorsze odżywienie wskutek zbliznowacenia spojówki, tylnych zrostów tęczówki i zasłonięcia źrenicy, przyczem nastąpiło zatamowanie wydzielania łez wskutek zbliznowacenia przewodów łzowych i zeskórnienie częściowe rogówki. *(Xerosis parenchymatosa degenerativa).*

W przypadku szóstym dotyczącym 52-letniego służącego z Rohatyna, wystąpiła miaszowa suchość spojówek przy bliznowatej jaglicy i łuszcze jagliczej. Spojówki gałek były w kącikach suche, tłusto połyskujące, w postaci trójkąta zgrubiałe, o odcieniu żółtawym. Lampa szczelinowa poza żółtym odcieniem zgrubiałego nabłonka i zgrubiałej spojówki kryształków nie wykazała. Rogówki były matowe, nieco suche, silnie unaczynione, wykazywały tylko zmętnienie powierzchowne w pryzmacie.

W przypadku siódmym, dotyczącym 50 l. robotnika ze Lwowa, spostrzeganym dokładnie przez dłuższy czas, stwierdziłem jaglicę bliznowatą, grubą łuszczkę jagliczą, podwinięcie rzęs na obu oczach i suchość rogówki oka prawego. Z powodu podwinięcia rzęs wykonano operację. Na rogówce oka prawego z góry ciągła gruba łuszczka, w $^3/_4$ od dołu była rogówka sucha, matowa i pokryta szaro-białą błoną z leżącymi, kserotycznymi masami. W świetle przepuszczonem na ciemnem tle lampy szczelinowej stwierdziłem w początkach liczne, wodojasne, różnej wielkości, małe banieczki, jakby banieczki mydlane. Były to niewątpliwie wakuole, jako objaw zwyrodnienia wodniczkowego nabłonka rogówkowego. W tych miejscach nie było naczyń. Po trzech tygodniach znikły wodniczki, powierzchnia rogówki w świetle przepuszczonem przedostawiała się w postaci ciemno-żółtych, szorstkich i chropawych plamek. W pryzmacie powierzchowne warstwy rogówki były mętne, na powierzchni widać było jaśniejsze, dymne płatki, a na ich obwodzie liczne trójkątne i ziarniste kryształki, nierównomiernie rozmieszczone, jak to uwidocznione na ryc. 3. Głębsze części wykazały cechy zeskórnienia.

Po zapuszczeniu fluorescyny w świetle bezpośredniem i pośrednim lampy szczelinowej plamki na powierzchni rogówki przybrały odcień zielony, a na ich obwodzie były widoczne kryształki w postaci trójkącików. Spojówka gałki nie wykazywała żadnych cech charakterystycznych. Na rogówce wskutek drażnienia mechanicznego przez rzęsy i blizny oraz gorszego miejscowego odżywienia przyszło do suchości, zgrubienia nabłonka w postaci błony i złogów w postaci białych mas wskutek złuszczania się nabłonka rogówkowego. *(Xerophtalmia trachomatosa degenerativa).*



Ryc. 3.

Celem upewnienia się, że połyskujące ciałka są istotnie kryształkami cholesteryny przeprowadziliśmy wspólnie z Drem Kalwaryjskim, asystentem histologji, badanie histologiczne. Po znieczuleniu kokainowem dokonano zeskrobania kserotycznych powierzchownych warstw rogówki. Jedna część zeskrobanej masy była badana w płynie fizjologicznym, a druga w stanie naturalnym, suchym. Obraz mikroskopowy — przy użyciu słabego powiększenia (A_1, x Okular 3. Zeiss) wykazywał obecność mas nabłonkowych oraz porozrzucane, odosobnione komórki nabłonkowe. Zarodź komórek zawierała lekko przeświecające ziarenka. W większych skupieniach nabłonka można było zauważyć, jak gdyby włókienka delikatne, przebiegające na przestrzeni dość znacznej. Przy użyciu aparatu polaryzacyjnego okazało się, że w polu widzenia wśród mas komórkowych i pomiędzy niemi znajdują się ziarenka o ostrych konturach, bardzo silnie połyskujące przy skrzyżowanych Nikolach. W nielicznych miejscach można było zauważyć delikatne wiązki kryształków igiełkowatych, bardzo silnie świecących.

Preparat podbarwiony Sudanem III. wykazał charakterystycznie zabarwione kryształki, które w świetle spolaryzowanem przypomniały łudząco jażące się węgielki. Obecność dwójłomowych substancyj krystalicznych wskazuje na zawartość tłuszczów dwójłomnych w zeskrobanej masie, która ze względu na właściwości mikro-chemiczne, fizyczne i morfologiczne uznać należy jako cholesterynę.

Zanim przystąpię do strony teoretycznej i zestawienia omówionych przypadków, chciałbym przytoczyć to schorzenie w świetle dotychczasowego piśmiennictwa.

Przy kserozie jest powierzchnia spojówki sucha, charakterystycznie zaschniętą pianką, na twardówce jest spojówka miejscami grubsza i układa się w sztywne fałdy. Wydzielina łzowa nie zwilża spojówki, ale opada z niej, nie czepiając się jej, a w ciężkich przypadkach przychodzi nawet do zaniku wydzieliny łzowej. Podobne zmiany mogą zachodzić na rogówce, której powierzchnia staje się matowa, sucha, bez połysku, a miąższ rogówkowy zatraca swą przeźroczystość.

Ze względu na pochodzenie dzieli się kserozę na miejscową wywołaną shorzeniem oka i objawową, towarzyszącą ogólnemu schorzeniu organizmu. Suchość spojówek miejscowa występuje: a) przy bliznowatem zwyrodnieniu spojówki jako następstwo jaglicy, czasami błonicy, pęcherzycy, oparzeń rozmaitego rodzaju, i t. p. Najczęściej zdarza się ona miejscowo w postaci plam, może jednakowoż rozszerzyć się na całą spojówkę i rogówkę, powodując utratę bystrości wzroku wskutek zmętnienia rogówki; b) przy niedostatecznem przykryciu spojówki gałkowej przez powieki, wskutek czego spojówka zostaje wystawiona na działanie powietrza. Powstaje najpierw proces zapalny spojówki, a następnie zbliznowacenie, przerost, zgrubienie i skrócenie. Zdarza się to przy wywinięciu i niedomykalności powiek. Nabłonek nienakrytej spojówki i rogówki staje się wówczas zgrubiały i suchy, tak, że robi wrażenie

naskórka, który chroni głębsze części tkanki od wysychania. W tego rodzaju przypadkach można próbować przywrócić prawidłowy nabłonek na drodze operatywnej,chcąc uzyskać ponowną bystrość wzroku.

Cohn podzielił suchość spojówek na: *xerosis parenchymatosa*, pochodzenia miejscowego z zajęciem spojówki w głębszych częściach i na: *xerosis epithelialis* pochodzenia ogólnego ze zmianami w samym nabłonku. Podział ten powszechnie przyjęto. Niektórzy używają podziału: *xerosis partialis (sive glabra)* i *xerosis totalis (sive squamosa)*.

Kseroza objawowa *(epithelialis)* towarzysząca ogólnemu schorzeniu, której istoty dotychczas jeszcze nie wyjaśniono, zdarza się przy złem odżywieniu i wycieńczeniu. Występuje w nabłonku po wewnętrznej i zewnętrznej stronie rogówki w postaci białych plamek, jakby pokrytych delikatną, zeschniętą pianką, których nie zwilża wydzielina łzowa (Bitot). Prawidłowo towarzyszy jej kurza ślepota *(hemeralopia)*.

Kurza ślepota w dalszem pojęciu dzieli się na dwie grupy: Do pierwszej wlicza się zaburzenia optyczne, do drugiej zaburzenia aparatu odbierającego światło. Cechą samoistnej kurzej ślepoty *(idiopatica)*, polegającej na zaburzeniu aparatu odbierającego światło, jest gorsze widzenie przy słabem oświetleniu i gorsze przystosowywanie się do ciemności *(torpor retinae)*. Siatkówka jest mało wrażliwa na słabe bodźce świetlne. Próg pobudliwości jest podwyższony, tak, że obrazów słabo oświetlonych, które widzi normalna siatkówka, nie rozróżni już siatkówka chorego. Przystosowanie się jest zwolnione tak, że trzeba długiego czasu, zanim wrażliwość chorej siatkówki może spostrzegać te obrazy. Przystosowanie się postępuje wolniej niż zapadanie ciemności. Zauważa się również niedowidzenie barwy niebieskiej, brak zjawiska Purkiniego *(Phoenomen Purkinii)*, według którego niebieska barwa występuje wyraźniej niż czerwona. Objektywnie nie stwierdza się zmian na dnie oka. Zachodzą tu photochemiczne zaburzenia w siatkówce wskutek braku odpowiedniego pożywienia. Schorzenie dotyczy przeważnie mężczyzn w średnim wieku, rzadziej kobiet. Najczęściej występuje u robotników, we więzieniach, zakładach sierocych, koszarach, i na okrętach wskutek jednostronnego odżywienia, nieraz równocześnie ze skorbutem. W Rosji zauważono masowe występowanie tego cierpienia w czasie wielkich postów przed Wielkanocą, kiedy ludność nie spożywa mięsa. Prócz tego zauważono kurzą ślepotę często przy żółtaczce, gorączce powrotnej, przewlekłym alkoholiźmie i u ciężarnych. Najczęściej występuje na wiosnę, czasami endemicznie. Niektórzy podnoszą szkodliwe działania promieni jaskrawych na oko, jako moment usposabiający. Rokowanie jest dobre, gdyż przechodzi po kilku tygodniach lub miesiącach, jednakowoż zwiosną często powraca.

Kurza ślepota jako objawowa, przy zaburzeniach optycznych zdarza się przy zaciemnieniach obwodu rogówki i soczewki, gdy środek ich pozostaje wolny. W dzień przy wąskiej źrenicy zostają te zaciemnienia odbite od źrenicy. Wieczór przy szerokiej źrenicy wpadają promienie, rozpraszają się, i przeszkadzają widzeniu.

Do grupy kurzej ślepoty, polegającej na zaburzeniu aparatu odbierającego światło, należy prócz samoistnej kurzej ślepoty, postać objawowa *(symptomatica)*; (przy zapaleniu barwikowem siatkówki, po zapaleniu naczyniówki, przy jaskrze, oderwaniu siatkówki itp.). Pole widzenia, zdjęte przy słabem oświetleniu, wykazuje w tego rodzaju przypadkach obwodowe ubytki w polu widzenia. W czasie wojny, kiedy wymagano pracy nocnej od żołnierzy, okazało się, jak dużo ludzi cierpi na kurzą ślepotę.

Suchość spojówki i kurza ślepota poprzedzają często rozmiękczenia rogówek, które występuje na tle kiły, gruźlicy, przewlekłego nieżytu jelit i wycieńczenia po chorobach zakaźnych oraz w związku ze złem odżywieniem i wyczerpaniem rezerw witaminowych w organiźmie. Rozmiękczenie rogówki spotyka się prawidłowo u dzieci, najczęściej w pierwszym roku życia, czasami nieco później. Stwierdza się u nich na spojówce gałki po stronie zewnętrznej i wewnętrznej rogówki 3-kątne plamki jako wyraz suchości spojówek, która szybko rozszerza się na całą spojówkę gałki i rogówkę. Rogówka staje się matowa, równomiernie mętna, czucie rogówkowe jest obniżone lub zniesione. W okolicy środka rogówki występuje gęste zmętnienie, które się rozszerza i tworzy szary rozpad komórek. Rozpad ten przybiera żółtą barwę, szybko się rozszerza i prowadzi często w ciężkich przypadkach w przeciągu kilku godzin do rozmiękczenia lub martwicy części lub całej rogówki. W miejsce ubytku w rogówce wpada tęczówka, często nawet soczewka lub też może przyjść następowo do zakażenia drobnoustrojami i do zapalenia całej gałki ocznej. Schorzenie to powstaje na obu oczach bez objawów zapalnych przy bladych spojówkach. Dopiero gdy rogówka jest silnie zajęta, powstaje nastrzykanie żylne dookoła rogówki. Wydzielina łzowa jest niepowiększona, raczej zmniejszona. Brak objawów zapalnych, jak światłowstrętu i skurczu powiek, lub są prawie niewidoczne. Właśnie ten kontrast pomiędzy ciężkim procesem, jaki się toczy na rogówce, a brakiem objawów zapalnych i suchość oka nadaje temu schorzeniu charakterystyczny wyraz. U dzieci stwierdza się zaburzenia ogólne przed wystąpieniem zmian na oczach. Dzieci stają się apatyczne, cierpią naprzemian na biegunkę i zatwardzenie, aż dochodzą do stanu wycieńczenia, t. z. *paedatrophii*. W tym to stanie powstają raptownie zmiany na spojówkach i rogówkach. Wiele dzieci ginie z wycieńczenia lub z powikłań, jak zapalenia oskrzeli lub płuc. Rokowanie zatem jest złe. U starszych dzieci przebiega choroba łagodniej. Jako powikłanie następuje zakażenie drobnoustrojami i proces zapalny wtenczas, kiedy wskutek niedostatecznego odżywienia przyszło do rozpadu nabłonka lub powierzchownych warstw rogówki. W etjologji gra dużą rolę, jako moment usposabiający kiła, a często gruźlica. (Stephensohn 1902). Najczęściej są dzieci źle odżywione, zwłaszcza przy sztucznem odżywianiu i otrzymują za dużo węglowodanów (Peters 1911, Romahn 1911, Gille 1913). Na 31 dzieci w wieku od 1 do 20 miesięcy, jako przyczynę schorzenia, podaje Stephenson w 9 przypadkach biegunkę, w 7 wycieńczenie, w 7 kiłę, w 6 gruźlicę, w 2 przyczyna była nieznana. Kapuściński (1912) stwierdził na 31 przypadków — keratomalacji w 5 przypadkach kiłę. Umarło ogółem 14 dzieci, z nich w 1-ym roku życia 11 na 17 dzieci, w drugim roku życia 3 na 7 dzieci, pozostało przy życiu 6 w 3-cim roku, 1 w 5-tym roku życia. Przyczyną śmierci było w 3 przypadkach podupadłe odżywienie, a w 9 przypadkach podupadłe odżywienie w związku z chorobami zakaźnemi. U tych dzieci, które są wychudzone, mają bladą skórę, starcze rysy i słaby głos z ogólnym zapadem, jest rozmiękczenie rogówki zwiastunem szybkiej śmierci. Nawiedzone tem schorzeniem dzieci giną w pierwszych miesiącach życia. (Graefe 1866, Hirschberg 1869). U starszych dzieci cofa się często suchość spojówek z ogólną poprawą i wraca ich elastyczność. Jako zejście rozmiękczenia rogówek powstaje często blizna z tkwiącą tęczówką, czasami garbiak. Rozmiękczenie rogówki z zejściem śmiertelnem spotykano u dzieci dobrze odżywionych (Leber 1883, Schulz 1884). W Brazylji spostrzegano to schorzenie często u niewolników murzyńskich, jako następstwo złego odżywienia (Gama Lobo 1866), a w Rosji w czasie wielkich postów, kiedy oseski pobierały gorszy pokarm od osłabionych matek (Thalberg 1883). W Danji choroba ta wzmogła się znacznie w ostatnich czasach wskutek odżywiania dzieci — scentryfugowanem mlekiem bez śmietany, którą wcześniej oddzielano od mleka i sporządzano z niej masło, wywożone na sprzedaż za granicę, a używano margaryny (Rönne). Inni przytaczają przypadki rozmiękczenia rogówki po chorobach zakaźnych jak płonicy i odrze (Arlt), durze, ospie, czerwonce (Förster) i przy gwałtownej kuracji odtłuszczającej (Schoeler 1887).

Dok. nast.

Doc. Dr. W. H. MELANOWSKI. Warszawa.

Nowe metody badania i nowe metody leczenia w okulistyce.

Dokończenie.

Badanie dna ocznego w świetle bezczerwiennem.

Pomimo tylu ulepszeń w badaniu dna ocznego, z trudnością odróżniano zmiany w naczyniówce od zmian w siatkówce, gdyż siatkówka jest przejrzysta, i stąd barwa czerwona naczyniówki przeważała w obrazie dna oka. A wiemy przecież z optyki, że przeźroczyste płaskie naczynie, wypełnione płynem bezbarwnym, lub żółtym będzie prawie niewidoczne na czerwonem tle. Uwidocznić płyn żółty możemy jedynie trzema sposobami: 1° albo robiąc mętnym płyn, 2° albo w świetle zielonem, 3° albo w silnem świetle dziennem. Teraz usiłowania niektórych badaczy od 1910 roku zwrócone były w kierunku wyłączenia czerwonego światła i z początku Helmbold a potem Vogt wprowadzili i zastosowali do badania siatkówki światło bezczerwienne. Przyrząd do badania, w najczęściej używanej postaci, składa się z małej lampy łukowej, osłonionej blaszanym pudłem z otworem, przysłoniętym przez zielono-błękitny filtr. Filtr ten może być płynny — naczynie równościenne, wypełnione roztworem barwnym niebiesko-zielonym, albo stały. Stały filtr składa się z dwóch tafelek ze szkła niebieskiego z siarczanu miedzi, a pośrodku tych tafelek znajduje się płytka żelatynowa, zabarwiona erjowirydyną. Filtr ten zatrzymuje promienie czerwone i fioletowe, a pozostawia jedynie żółte do indygo. Zapomocą przyrządu ogniskującego światło lampy tej ogniskuje się przy badaniu oczu krótkowzrocznych, a rozprasza przy badaniu oczu miarowych i nadwzrocznych.

Za pomocą tego sposobu badania widzimy żywsze odblaski siatkówki, odróżniamy łatwiej wypuklenie i zagłębienie w tej

tkance, widzimy plamkę żółtą, jako żółtą i przez to znaleźć ją możemy nawet w odwarstwionej siatkówce. W plamce żółtej w świetle bezczerwiennem widzimy z łatwością zwyrodnienie torbielowate, dziurkę w plamce żółtej i t. p.

W siatkówce odróżniamy z łatwością warstwę włókienek nerwowych i oceniamy stan tych włókienek. W przypadkach zaczynającego się zaniku nerwu wzrokowego, nim jeszcze wystąpi bladość tarczy już stwierdzić możemy brak prążkowatości siatkówki — brak włókienek — a siatkówka ma wówczas wygląd marmurowaty. Takie zmiany zależne od wstrząsu, które Robert Berlin rozpoznawał jedynie, jako czasowe zmętnienie urazowe, obecnie badania w świetle oczerwiennem przedstawiają w różnych postaciach najczęściej, jako promieniste pofałdowania dookoła okolicy plamkowej, które zależnie od tego czy osobnik jest młody czy stary bywają to lśniące, to matowe. Drogą tego badania łatwo ustalić obecność w siatkówce wybroczyn, które w świetle bezczerwiennem występują jako czarne plamy i t. p.

Widzimy stąd, że badanie w świetle wybranem daje nam nowe fakty z życia tkanek w stanie zdrowia i choroby. Dodamy tu, że niektóre tkanki, np. soczewka, zupełnie przejrzyste w świetle zwykłem, w świetle fiołkowem fluoryzują i w ten sposób dają nam możność uwydatnienia osobliwości budowy tych tkanek.

Refraktometry.

Do liczby przyrządów, które świeżo przybyły do badania czynności oka należą refraktometry — przyrządy służące do przedmiotowego określenia refrakcji. Opierają się one na zasadzie badania dna ocznego w obrazie prostym lub odwrotnym. Badanie polega na rzutowaniu na dno oka rysunku świetlnego — i na doprowadzeniu tego rysunku do wyraźnego uwydatnienia przez korekcję wady wzroku oka badanego. Do tego typu przyrządów należy refraktomierz Bertha i Neumana. Refraktomierz O. Henkera (1922) oparty jest na badaniu w obrazie odwrotnym. O wadzie refrakcji sądzimy z odległości tego obrazu od oka badanego.

Przyrządy te zresztą — aczkolwiek mają wielką wartość naukową, jednak, praktycznie rzecz biorąc, są kosztowne i niezawsze dają wyniki ściślejsze od wyników badania skiaskopowego — zresztą największa ich wada, że do badania koniecznie trzeba rozszerzać atropiną źrenicę oka badanego.

Badanie źrenicy (Pupillometrja).

Do niedawna badanie źrenicy sprowadzało się li tylko do porównania wielkości źrenicy w obu oczach i do oceny na oko ruchomości źrenicy, względnie jej odruchów na światło, nastawność, zbieżność, i do oceny odruchu współczulnego.

Do oceny wielkości źrenicy obok przyrządu Haaba (złożonego z szeregu krążków czarnych różnej wielkości (od 1.5 do 8 mm), Krussiusa (1909) i innych były stosowane też i źrenicomierze porównawcze — n. p. Landolta; są to przyrządy, złożone z szeregu pryzmatów, pozwalające na dość precyzyjne pomiary porównawcze wielkości źrenicy w obu oczach.

Właściwie jednak nietyle ważna jest wielkość źrenicy ile stopień jej ruchomości (kinesimetrja); stopień ten daje nam często pojęcie o zachowaniu wrażliwości siatkówki n. p. w przypadkach widzenia połowicznego (odruch Wernickiego), o widzeniu barw i t. p. Do badania odruchu połowicznego źrenicy H e s s zaproponował przyrząd, składający się z zamkniętego cienkiego pudła, w którem znajduje się żarówka. Jedna ze ścian pudełka jest ze szkła mlecznego, osłoniętego zasuwką blaszaną, w której znajdują się dwa otwory w postaci szczelin. Specjalne urządzenie pozwala na otwieranie albo obu szczelin jednocześnie, albo kolejno, to jednej, to drugiej. Przesunięcie szczeliny pozwala nam badać odruchy źrenic w zależności od oświetlenia tej czy innej części siatkówki. Przyrząd W e i l e r a (1910) jest jeszcze bardziej precepcyjny i regestruje odruchy źreniczne sposobem fotograficznym.

Ważne wreszcie jest określenie granic wrażliwości źrenicy t. j. oznaczenie tego minimum światła, jakie powoduje odruch źrenicy. Sposoby te pozwalają nam jeszcze ustalić liczbowo to, co dotąd na oko oceniano n. p. jako osłabiony odruch na światło, otrzymać liczbową różnicę wrażliwości źrenicy osobniczej n. p. w zależności od wieku, od zabarwienia światła i t. p. Przyrządy do różnicowego badania źrenicy obmyślili S c h l e s i n g e r (1913) H e s s (1916) i E n g e l k i n g (1919). Zasada źrenicomierza różnicowego H e s s a polega na badaniu przez lunetę oka, oświetlonego lampą Nitra, odpowiednio osłonioną. Regulowanie światła lampy odbywa się jak następuje: od górnej połowy źródło światła osłaniać mogą różnej gęstości szkła dymne lub i barwne, a od dolnej — dwa zachodzące jeden na drugi kliny szkła dymnego. Kliny te pozwalają dowolnie regulować oświetlenie przez rozsuwanie i zsuwanie.

Badania Hessa za pomocą tego przyrządu pozwoliły ustalić, że osobnicy, źle widzący barwy mają i znacznie upośledzony odruch na barwne światło. Badanie to pozwala stwierdzić fakt, czy zwierzęta widzą barwy i jakie. Drogą tą ustalono już osobliwości widzenia barwnego u ptaków dziennych i u małp.

Badanie zygoptyczne.

Jest to bardzo prosta metoda badania wprowadzona przez polaka, d-ra I. K r z e m i c k i e g o ze Lwowa. Polega badanie na ruchach obrotowych płaskiem zwierciadłem, zasłaniającem całe pole widzenia badanego. Przytem oczy patrzące muszą koniecznie wykonywać ruchy za zwierciadłem. Tym sposobem wykluczyć możemy całkowitą ślepotę, u niechcących się przyznać do widzenia, możemy też ustalić widzenie połowiczne u osób z zamgloną świadomością, rozwój widzenia naośnego u niemowląt.

Pegometrja.

Sprawność mięśni ocznych ocenić możemy drogą badania pola pozierania na polomierzu, drogą badania za pomocą pryzmatów stawianych w kierunku działania mięśni i t. p. Jeden z dokładniejszych sposobów badania to sposób Dr. K r z e m i c k i e g o. Przyrząd do badania bardzo prostego typu składa się z linijki metalowej z podziałką i zwierciadełkiem, w którem odbija się podziałka. Linijkę tę za pomocą dość prostego urządzenia umocowuje się na czole ponad okiem, może się ona obracać i w ten sposób pozwala dość dokładnie wyliczyć w stopniach pole widzenia t. j. pole ruchów oka.

Ze sposobów badania fizykalnego oka, wspomnę jeszcze o badaniu napięcia gałki ocznej (tonometrja) i o badaniu napięcia tętnic siatkówki.

Tonometrja.

Aczkolwiek badanie napięcia gałki ocznej datuje się od 1850 roku, kiedy Weber zaczął badać manometrem oczy zwierząt, jednak, ani badanie napięcia gałki ocznej z różnicy krzywizny rogówki, ani zasady badania palcami, ustalone przez Bowmana (1868), sprawy praktycznie nie rozwiązały, i badanie napięcia gałki ocznej zaczyna się właściwie od M a k ł a k o w a (1885) który wprowadził pierwszy tonometr spłaszczający o stałym ciężarku (10.0 i 6.0) i od F i c k a (1888), którego tonometr ulepszony przez Lifszyca (1904) dotąd jest często używany. I tonometr Ficka i przyrząd Makłakowa to tonometry spłaszczające. Pomiaru za pomocą tonometru Ficka, dokonywamy, obliczając na skali napięcie płaskiej sprężyny, przyciskającej dokładnie do rogówki krążek o przekroju 6.8 mm. Przekrój ten jest tak obliczony, że 1 gr. ucisku na płytkę odpowiada 2 mm Hg. Jeśli oko jest załzawione, to napięcie otrzymamy słabsze, niż jest w istocie.

Pewniejszy jest w użyciu tonometr wygniatający, oparty na zasadzie, że otrzymamy to samo zagłębienie w powłokach gałek ocznych różnej twardości, stosując większy ucisk. Typ tego rodzaju tonometrów, zapoczątkował G r a e f e już w r. 1863; był to tonometr z dźwignią jednoramienną i ciężarkami. Tonometry tego typu mogą być albo sprężynowe, jak tonometr H a m e r a (1874), D o n d e r s a, S a u t e r a (1916) i B a i l l a r t a (1923) albo też z ciężarkami jak tonometr G r a d e n i g o (1900) i S c h l ö t z a (1905 — a ulepszony typ 1924). Ciśnienie przyrządu Schlötza bada się, obciążając go ciężarkami 5.5, 7.5, 10 i 15. Za optimum odchylenia wskazówki uważamy liczby działek 2—4, o ile odchylenie jest większe, n. p. 5 działek, to przechodzimy do mniejszego obciążenia. Odpowiednik napięcia w mm Hg. otrzymujemy z tablicy, dołączonej do przyrządu. Ostatnio, dzięki szeregowi sprawdzeń, tablice te uległy pewnej poprawce i dlatego, autor radził, mającym starsze typy przyrządu zapisywanie napięcia pod postacią ułamka, w którym licznik odpowiada ciężarkowi, a mianownik liczbie podziałki.

Anglicy używają zazwyczaj tonometru Mc L e a n a, mającego stałe obciążenie i dającego odrazu pomiary w mm. Hg.

Badanie tonometryczne pozwoliło przedewszystkiem ustalić granice napięcia prawidłowego 20—25 mm Hg., ustaliło istnienie różnic indywidualnych napięcia oka prawego i lewego, wpływ pracy w kesonach na napięcie gałkowe, wpływ omdlenia i narkozy, różnych chorób, i co najważniejsze, badanie to daje nam możność kontroli jaskry, leczonej lekowo i operacyjnie.

Badanie napięcia naczyń siatkówki.

Jestto jedna z najnowszych metod badania, dokonuje się zasadniczo trzema sposobami: za pomocą tonometru Schlötza, za po-

mocą oftaldynamometru Baillarda i za pomocą przyrządu Bliedunga.

Badanie za pomocą tonometru Schlötza polega na obserwacji, że przy znaczniejszem (do pewnych granic) obciążeniu przyrządu występuje wahanie strzałki tonometru. Wykazuje to moment, kiedy ucisk równa się ciśnieniu rozkurczowemu tętnicy środkowej siatkówki.

Badanie oftalmodynamometrem Baillarda (1919) jest dużo dokładniejsze. Polega ono na wziernikowaniu wziernikiem elektrycznym oka, uciskanego od zewnątrz przyrządem. Najpierw zwracamy uwagę na moment, kiedy wystąpi tętnienie tętnicy siatkówki. Będziemy w ten sposób mieli w liczbach dynamometru ciśnienie rozkurczowe tętnicy siatkówki. Następnie ucisk na gałkę zwiększamy, aż do zniknięcia tętnicy — wówczas ucisk odpowiadać będzie napięciu skurczowemu tętnicy.

Bliedung (1924) ulepszył badanie wprowadzeniem równomiernego ucisku na przedni odcinek oka za pomocą wydymanego powietrzem krążka gumowego. Ucisk, wywierany przez krążek, mamy w wyliczeniu manometru połączonego z krążkiem. Momenty skurczu i rozkurczu tętnic siatkówki też stwierdzamy wziernikiem elektrycznym. Tą drogą ustalono, że napięcie tętnic siatkówki w 15 roku wynosi 93/63, w 25—105/62, w 45—120/52. Zresztą, liczby Bliedunga są nieco wyższe od liczb innych autorów.

Nystagmografja.

Wspomnę wreszcie o sposobie badania oczopląsu zaproponowany przez Majewskiego. Przyrząd Majewskiego składa się z pręcika aluminjowego, zakończonego przyssawką. Przyrząd umocowuje się na oku — a wahania pręcika rejestruje sposobem fotograficznym przy miarowem przesuwaniu światłoczułego papieru, ustawianego przed szczeliną zwróconą w stronę wahającego się pręcika. Cień pręcika otrzymamy, korzystając z silnej żarówki półwatowej, ustawionej na 1,5 mm od pręcika. Sposób ten daje dużo dokładniejsze wyniki od przyrządów Buysa, Bartehlsa i Wojaczka. Badanie oczopląsu przeprowadzone systematycznie może przyczynić się nareszcie do wyjaśnienia i istoty oczopląsu i jego rodzajów.

Lecznictwo oczne.

Do klasycznych i ogólnie uznanych leków z czasów Graefego, atropiny, lapisu, rtęci i pilokarpiny dodał Schweigger w 1886 r. kokainę, jako sposób znieczulający w operacjach ocznych, znieczulanie przewodnicze n. p. drogą zastrzyków pozagałkowych (Pauchet, Braun, Duverger 1914—1918), a w czasach ostatnich przybyła do leczenia zapaleń pneumokokowych, optochina (wprowadzona przez Morgenrotha i Ginsberga w r. 1913), arsenobenzole i preparaty bismutu w leczeniu kiłowych schorzeń oka, tuberkulinoterapja w leczeniu gruźliczych schorzeń (wprowadził ją do lecznictwa ocznego Artur v. Hippel w 1906 r.). Wspomnę też o leczeniu surowicami n. p. doustnie metodą Danysza i wakcynami, leczenie mlekiem pozajelitowe, (które wprowadził Müller i Thonner w 1916 r.) leczenie światłem (Birch Hirschfeld, Daxemberg 1899, Hertel, Finsen i inni) elektrycznością (Noiszewski 1900, Reuss, Gross) diatermją (Claussnitzer, Clark i inni) elektrolizą (Górecki, Lagrange i inni).

Umiejscowienie oka, możność stałej kontroli i ulepszenie metod badania daje gwarancję, że coraz mniej w lecznictwie ocznem będą stosowane środki tradycyjne, a coraz więcej rzeczywiście działające.

Operacje oczne.

Z zabiegów chirurgicznych poruszę tylko najważniejsze zabiegi leczenia jaskry prostej i przewlekłej, operacje stożka rogówki, plastykę rogówki, operacyjne leczenie jaglicy i jej następstw i ważniejsze operacje na narządach pomocniczych oka.

Leczenie ręczne jaskry prostej.

Już Wecker zauważył, że irydektomja w jaskrze przewlekłej pomaga tem pewniej, im mniej starannie jest odprowadzana tęczówka. Uszczknięcie kawałków tęczówki w ranie zapewnia oku odpływ przez tę przesiękającą bliznę. Opierając się na przesłankach podobnych, prof. z Bordeaux Felix Lagrange w 1905 r. wygłosił zasadę leczenia jaskry prostej drogą wytworzenia przetoki w kącie tęczówkowo-twardówkowo-rogówkowym. Przetoka ta, według spostrzeżeń Lagrange'a potwierdzonych przez szereg badaczy, nie zarasta nigdy i daje możność przesiękania zbytku cieczy śródocznej pod spojówkę. Technika zabiegu Lagrange'a, polega na wycięciu za pomocą nożyka Graefego jednocześnie płata twardówki i spojówki. Płat spojówki powinien być dość duży, by pokrywał całą okolicę miejsca zabiegu. Płat twardówki ma niedochodzić do ciałka rzęskowego, które zwykle znajduje się w odległości 1 mm. od rąbka — widzimy stąd, że płat nie powinien mieć za dużych rozmiarów, by niedosięgnąć ciałka rzęskowego — z drugiej strony — płat za mały nie pozwoli nam na wycięcie płatka twardówki. (Jak chce L. płatek ten ma być 0.7 mm szeroki). Po wycięciu płatka twardówki robimy wycięcie tęczówki, albo ze zwieraczem, albo bez zwieracza, ranę przykrywamy płatem spojówki i zabieg skończony. Zwykle potem lata całe spojówka w miejscu zabiegu unosi się w postaci pęcherzyka wskutek przesiękania z oka płynu pod spojówkę.

Ku temu samemu celowi zwrócona jest operacja, zaproponowana przez Elliota w 1909 roku, w której za pomocą wywiertnika dokonuje się wycięcia krążka twardówki. O ile robić ten zabieg wywiertnikiem 1.5 mm. to we wszystkich przypadkach jaskry przewlekłej otrzymamy w następstwie hipotonję, bo przetoka wytworzona w twardówce nie zarasta i pod spojówkę stale wypływa zbytek płynu śródocznego. Do zabiegu też dołączamy irydektomję obwodową. Przedewszystkiem wywiertnik 1 milimetrowy jest nieco za mały i wycięty kawałek twardówki łatwo może nam wpaść do środka oka, pozatem trudno w tym przypadku zrobić irydektomję. Przy wywiertniku $1^1/_2$ milimetrowym albo dojdziemy do okolicy rzęskowej, albo znów zrobimy cięcie i w rogówce; i jedno i drugie może źle wpłynąć na optyczny wynik zabiegu. Zresztą po operacji Elliota dość często bywają w następstwie w rok, czasem w dwa lata, po zabiegu zapalenia oka, kończące się ślepotą.

Dużo bezpieczniejsza, ale niezawsze pewna, jest operacja Heinego, zaproponowana w 1906 roku w której staramy się komórkę przednią połączyć z przestrzenią nadnaczyniówkową. Jednak wogóle nie jest pewne, czy oddzielenie ciałka rzęskowego od zetknięcia z twardówką nie kończy się w następstwie trwałem zabliźnieniem tej okolicy; pozatem operowanie ponad ciałkiem rzęskowem daje czasem zadrażnienie ciałka, a nawet i ostry atak jaskry.

Wreszcie wspomnimy o operacji, wprowadzonej w 1908 roku przez B. Wicherkiewicza. Operację tę i po dziś dzień robią w Klinice Krakowskiej z powodu jaskry prostej i przewlekłej i mają do 87% poprawy. Zabieg polega na nacięciach głębokich obnażonej twardówki między któremikolwiek dwoma sąsiadującemi mięśniami prostemi oka. Zwykle robi się 7 nacięć południkowych i 7 równoleżnikowych. Są one głębokie, ale nie przechodzą przez całą grubość twardówki. Jedno tylko południkowe cięcie pogłębia się na końcu, aż po samą naczyniówkę poczem okolicę operacji pokrywa się spojówką i operacja skończona.

Operacja na rogówce.

Operacje stożka rogówki. Dawne sposoby leczenia stożka rogówki polegały bądźto, jak Bowmana (1849) na utworzeniu szczelinowej źrenicy, bądźto na przyżeganiu szczytu stożka, jak sposoby Graefego i Geyeta. Dopiero w 1902 roku J. Hirschberg zaproponował przyżeganie rogówki u podstawy stożka blisko rąbka, a w tym samym roku K. Noiszewski zalecił wprost wycięcie na obwodzie paska rogówki szerokości od 1—2 mm. wraz z irydektomją. Sposób ten do którego przyznaje się i Bossalino, okulista z Turynu, daje często bardzo dobre wyniki, i w klinice Warszawskiej mieliśmy poprawę wzroku np. z plc. 1 m. do $^1/_{10}$.

Z operacyjnem leczeniem stożka rogówki konkuruje poprawa szkłami kontaktowemi, wprowadzonemi przez Müllera (1917 r.) lub komórką wodną hydrodiaskopem — wprowadzonym jeszcze w 1896 r. przez Lohnsteina i Siegrista.

W niektórych przypadkach sposoby te poprawiły rok z $^5/_{50}$ do $^5/_5$.

Plastyka rogówki.

Jeszcze trudniejsza sprawa do ręcznego leczenia to leczenie ręczne zmętnień rogówki, polegające na przeszczepieniu rogówki przejrzystej w miejsce zmętnionej i zbliznowaconej.

Aczkolwiek próby przeszczepienia rogówki robione są już przeszło 100 lat, bo od 1823 (Reicke, Reisinger, i Diffenbach), to jednak początek współczesnego operowania rogówki stanowią dopiero próby Artura Hippla z 1887 roku, robione za pomocą wywiertnika. One bowiem dały pierwsze trwałe wyniki, bo polegały na przeszczepieniu rogówki tego samego osobnika. Wszystkie inne próby z wprawianiem w otwór wycięty szkiełka, płytki celuloidowej, lub wszyciem rogówki zwierzęcia

kończyły się zawsze niepowodzeniem. Zresztą nawet przeszczepienie rogówki ludzkiej drugiemu człowiekowi też niezawsze daje dodatnie wyniki i to nietylko z powodu niedobrego przystawania płata, ale i z powodu trudności przyjęcia się płata. Toteż wszelkie ulepszenia techniki przeszczepienia, umożliwiające prawidłowe utrzymanie się płata przeszczepionego np. sposób nowy K. W. Majewskiego (1924) z wierceniem otworu i wycięciem przeszczepu dwoma różnej wielkości trepanami w celu otrzymania wrębu dla płata są bardzo celowe, ale i niedostateczne. Nie wystarczy tu bowiem, ani przechowanie płata w rozczynie fizjologicznym, jak chce Majewski, ani w sterelizowanej oliwie jak chce C. Forster. Potrzeba tu pewnego przygotowania biologicznego, może takiego jak chce Jasiński np. przechowania go czas pewien w ogrzanej surowicy krwi operowanego. (Patrz Sprawozdanie II. Zjazdu Okulistów polskich 1924 r.).

Operacje zaćmy.

Z nowych zabiegów wydobycia zaćmy wspomnę o sposobach, mających na celu wydobycie zaćmy w torebce, oraz o tak zwanych, zabiegach wydobycia zaćmy podspojówkowych.

Zabiegi wydobycia zaćmy w torbece na szerszą skalę rozpoczął już Hermann Pagenstecher od 1871 r., wydobywając soczewkę w torebce zapomocą łyżeczki platynowej. Orlando Pes (1909) radzi wydobywać zaćmę w torebce po uwolnieniu od zawiasówki zapomocą specjalnego haczyka. Major, a obecnie jenerał H. Smith z Jellundaru w Indji od 1905 r. wyciska wprost z oka zaćmę w torebce, po dokonaniu cięcia w rogówce (około 1/2 obwodu) i po szerokiej irydektomji. Ignacio Barraquer z Barcelony, idąc drogą utartą przez Stoewera (1902) i Hulena (1911) zaczyna wydobywać zaćmę w 1917 r. za pomocą specjalnej przyssawki i ruchów drgawkowych przyrządu. Wreszcie w 1923 r. J. Szymański z Wilna demonstruje w klinice prof. Lagrange'a w Bordeaux swój sposób wydobycia zaćmy w torebce drogą cięcia rogówki od skroni i zapomocą okrężnych ruchów pętli Webera. Zaćma wydobywa się dość łatwo tą drogą. Wypadnięcie tęczówki uprzedza się nakłuciem jej u podstawy i zaszyciem spojówki odseparowanej przed rozcięciem rogówki.

Wogóle wielkie znaczenie we wszystkich operacjach gałkowych ma pokrycie płatem spojówki miejsca cięcia gałki, bo spojówka łatwo zalepia ranę i chroni oko przed zakażeniem. Obok zwykłej operacji z płatem (Gayet 1884) wolnym, mamy operację wydobycia zaćmy podspojówkową Czermaka (1903). Todda (1915) i innych.

Z nowszych zabiegów okulistycznych, mających znaczenie szczególniejsze dla nas w Polsce wspomnę o zabiegach, używanych w zbliznowaceniu spojówki powiek w jaglicy — względnie o zabiegach, chroniących rogówkę przed zapaleniem wskutek zmian wstecznych spojówki powiek i wskutek podwinięcia rzęs.

Jak słusznie zaznaczają niektórzy (np. C. Charlton A. J. O. 1923 Nr. 7.) w odżywianiu rogówki wielką rolę odgrywa spojówka i jej gruczoły — gdyż nabłonek rogówki do odżywiania koniecznie potrzebuje komórek limfoidalnych i śluzu. Toteż zalecane przez niektórych autorów np. K. Noiszewskiego (1890) przeszczepienie płata śluzówki z ust wzamian zbliznowaciałej spojówki powieki górnej — ma wielkie znaczenie w współczesnem lecznictwie ocznem.

W razie podwinięcia rzęs należy usunąć podwinięcie i tu bardzo pożyteczny jest znowu zabieg, zalecony w 1897 r. przez Mahera, a polegający na wszczepieniu płata śluzówki z ust w rozciętą równolegle do brzegu krawędzi rzęsowej na 1 mm. od tej krawędzi okolicę rowka powieki. Płat wrasta zawsze, worek spojówki się powiększa, a podwinięcie rzęs ustępuje zwykle na stałe.

Z nowych sposobów leczenia chirurgicznego niedrożności kanału nosołzowego wspomnę o ulepszeniu zabiegu odtworzenia kanału nosowołzowego — wprowadzonej przez Toti'ego w 1904 r. oraz zabieg wprowadzenia dolnego końca woreczka łzowego do przewodu nosowego po częściowem przebiciu ściany kostnej kostki łzowej opisywany w 1921 roku przez R. Rubbrechta z Bruges. Wspomnę też o sposobie Bourgueta i Dupuy-Dutemps'a (1921 r.) polegającym na połączeniu szwami ściany bocznej woreczka łzowego ze śluzówką nosa — również po uprzedniem przebiciu kości rowka nosowołzowego. Sposoby te dają najczęściej dobre wyniki — jakkolwiek w przypadku zapalenia ropnego woreczka długo jeszcze wycięcie całkowite woreczka będzie jedynym sposobem, gwarantującym zabezpieczenie przed zakażeniem, — o ile chodzi np. o następne wykonanie jakiegokolwiek zabiegu na gałce ocznej.

Trudno wyliczać wszystkie nowe zabiegi. Przyniosły one i przynoszą dużo ulgi chorym, a jednak często, w więcej złożonych przypadkach czujemy się mimo to bezsilni i czekamy na nowe doskonalsze metody badania i leczenia. Metody te da nam dopiero przyszłość.

Z PRAKTYKI.

Dr. med. W. JANUSZ st. asystent. Lwów.

Śmiertelne powikłania pooperacyjne, spowodowane glistą ludzką.

Z zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu J. K. Prof. W. Nowicki.

Glisty ludzkie prócz wywoływania typowych zmian chorobowych, które ująłem w cztery grupy w pracy „Zmiany anatomopatologiczne, wywołane glistami w świetle nowoczesnych badań eksperymentalnych oraz spostrzeganego materjału własnego" (Pol. Gaz. Lek. Nr. 27. r. 1926) zdolne są nadto niekiedy w przypadkach pooperacyjnych stać się bezpośrednią przyczyną zupełnie przypadkową zejścia śmiertelnego.

Nowoczesne piśmiennictwo lekarskie znowu żywo zajęło się znaczeniem glist w patologji ludzkiej w związku z przełomowemi odkryciami w sprawie biologji tych pasorzytów.

Już kilkakrotne stwierdzenie obecności wolno leżących glist ludzkich w jamie brzusznej w przypadkach przeprowadzonych zabiegów chirurgicznych na przewodzie pokarmowym, skłaniają mnie do zwrócenia uwagi lekarzy praktycznych na podobne przypadki.

Uświadomienie sobie tych faktów i wcześnie przedsięwzięte środki zaradcze uratowałyby niejednokrotnie życie wielu jednostkom, bądź też uchroniłyby chorych od przykrych objawów, związanych z obecnością glist, co dobitnie zaznaczają w specjalnej pracy Francuzi Ch. Lefebure i Baillat (Prese Médicale r. 1922 T. II. str. 612.). Wspomniani autorowie opisują cztery przypadki operacyjne dokonanych laparatomij, u których wystąpiły objawy podrażnienia otrzewnej oraz znamiona ogólnego zatrucia w krótkim czasie po zabiegu. Dopiero ukazanie się glist w treści wymiotnej zwróciło uwagę autorów na konieczność zastosowania leczenia przeciwglistnego, po którem w krótkim czasie minęły wszelkie objawy niebezpieczne. Owe objawy występują u takich chorych o wiele łatwiej wobec tego, że przewód pokarmowy w okresie przedoperacyjnym zostaje zazwyczaj dokładnie przeczyszczany z treści pokarmowej. Próżne jelita z całą łatwością wchłaniają większe ilości toksyn, wydzielanych przez glisty.

A zatem byłoby wskazanem stosowanie leczenia przeciwglistnego przed każdym zabiegiem operacyjnym na przewodzie pokarmowym, ewentualnie, aby badano w szpitalnych oddziałach chirurgicznych w każdym przypadku poszczególnym laparatomji na obecność jaj pasorzytów również treść kałową. Uwzględnienie tego napozór drobnego szczególiku mogłoby niewątpliwie uchronić życie wielu jednostkom. Poniżej przytoczone w krótkości obrazy sekcyjne trzech przypadków, które w roku bieżącym spostrzegałem najlepiej oświetlają ważność poruszonej sprawy z punktu widzenia medycyny praktycznej.

Pierwszy przypadek dotyczy chłopca 7 lat (prot. sekc. Nr. 381/26), u którego na stole operacyjnym usunięto wyrostek robaczkowy. Na sekcji zaraz po otwarciu jamy brzusznej stwierdziłem wolno leżącą glistę ludzką pomiędzy pętlami jelit, których otrzewna ścienna, jakoteż jelitowa była silnie przekrwiona i pokryta skąpym nalotem włóknika. W miejscu kikuta, wytworzonego z nasady wyrostka robaczkowego można było stwierdzić mały otwór, drożny zaledwie dla rowkowanego zgłębnika. W otoczeniu najbliższem tego otworu stwierdziłem na surowicówce największe złogi włóknika, niedające się zetrzeć nożem. Przedostanie się glisty przez wspomniany otwór było widocznie powodem rozlanego zapalenia otrzewnej, wobec tego, że trudno przyjąć inną przyczynę zapalenia otrzewnej; za faktem przedostania się glisty ludzkiej za życia chorego do jamy brzusznej przemawiają nadto najstrasze złogi włóknika koło wspomnianego otworu.

Drugi przypadek (prot. sekc. Nr. 931/26) dotyczy kobiety 32-letniej, która poddała się operacji z powodu guzów macicy. Po otwarciu jamy brzusznej ginekolog zauważył tak silne zlepy i zrosty tych guzów ze ścianami jelit, że zmuszony był naciąć w dwóch miejscach ścianę jelit, które następnie zaszył. Badanie sekcyjne wykazało rozlane zapalenie surowiczo-włóknikowe całej otrzewnej oraz wolno leżącą glistę ludzką w miednicy małej. W miejscu zaszycia ściany jelit wyciekała treść jelitowa do jamy brzusznej przez nieznaczną szczelinkę.

W trzecim przypadku (prot. sekc. Nr. 939/26) stwierdziłem glistę w zagłębieniu pęcherzowo-odbytniczem, a przedostanie się jej tamże spowodował zapewne zabieg operacyjny. Mężczyzna lat 24, który przysłany został do Zakładu z klinicznem rozpoznaniem *„ileus"*. Rozpoznanie anatomo-patologiczne opiewa:

Status post laparatomiam. Resectio ilei et jejuno-ileo anastomosis facta. Ascaris lumbricoides in cavo vesico-rectali. Peritonitis diffusa sero-fibrinosa. W przypadku tym glista niewątpliwie przedostała się przez ranę operacyjną jelita, między jej szwami, a wobec tego, że odnośna pętla jelita spoczywała w miednicy, glista znalazła się w zagłębieniu pęcherzowo-odbytniczem i następnie wywołała zapalenie otrzewnej.

Zatem we wszystkich trzech przypadkach, u osobników w sile wieku stwierdziłem wolno leżące glisty ludzkie w jamie brzusznej, dokąd dostać się one mogły jedynie przez małe otwory w jelicie dzięki rozstąpieniu się zaszytych brzegów rany. Otwór taki istotnie we wszystkich trzech przypadkach dał się wykazać. Dziwić się temu nie można, jeśli się uwzględni powszechnie znaną dążność glist ludzkich do wślizgiwania się do najrozmaitszych choćby najwęższych szczelin i otworów. Nie ulega wątpliwości, że rany operacyjne jelit były we wszystkich przypadkach najdokładniej *lege artis* zaszyte, pomimo to owe miejsca stanowiły *locus minoris resistentiae* dla przedostania się glist przez jelita. Przez otwór lub szczelinę, powiększoną przez glistę, a przedtem może zalepioną włóknikiem, przedostaje się następnie również treść jelitowa w ilości większej i zakaża otrzewną.

W innych natomiast razach, jak naprzykład w przypadku opisanym przez Schrta (Die Ascuzidenerkrankung der Bauchhöhle. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 51 r. 1906 str. 699—713), traktującym o przedostaniu się glisty przez zropiały wyrostek robaczkowy, w którym to przypadku ustrój podniecił zdolność samoobronną przez wytworzenie guza ziarninowego, otarbiającego glistę i umiejscawiającego zarazem sprawę zapalną. Być może, że w przykładzie powyższym właściwości obronne, nie tak wybitnie uszkodzonych zresztą ścian jelit, jakoteż samo położenie otworu przebicia, przyczyniało się po części do ograniczenia zapalenia otrzewnej i zapobiegało zejściu śmiertelnemu.

W przypadkach przeze mnie opisanych miejsce przedostania się glisty odpowiadało jelitu biodrowemu, ułożonemu, jak wiemy, znacznie wyżej w środkowej części jamy brzusznej.

Uwydatnienie i podkreślenie niebezpieczeństwa w świetle opisanych trzech przypadków zwrócić będzie musiało większą uwagę na istnienie glist ludzkich w jelicie w przypadkach, w których wykonywa się zabiegi operacyjne na przewodzie pokarmowym.

Teza Soubiron w rozprawie pod tyt. *„Ascaris lombricoide et occlusion intestinale"* Bordeaux r. 1921, streszczająca się w słowach: *„Sauf urgence, on ne devra pratiquer l'operation abdominale chez un porteur d'ascaris, qu'après l'avoir préalablement débarassé de ses parasites"* staje się obowiązkowym nakazem w praktyce chirurgicznej. Należałoby zatem w każdym przypadku przeznaczonym do zabiegów operacyjnych na przewodzie pokarmowym badać kał w kierunku obecności jaj tego pasorzyta, względnie przeprowadzać przedtem odpowiednie leczenie celem usunięcia glist wymienionych.

Dr. Alfred JANIK. Lwów.

Hydrocele muliebris.

Wodniak kobiecy jest sprawą rzadko spotykaną. Rozpoznaje się go często zwłaszcza jeśli jest w stanie zapalnym jako przepuklinę uwięzłą. Mieliśmy sposobność obserwować takie właśnie dwa przypadki, to też pozwalamy sobie je przytoczyć.

I. nasze rozpoznanie, podobnie jak we wszystkich prawie analogicznych przypadkach przytoczonych w piśmiennictwie, było mylne względnie niepewne.

Przypadek I. A. Wasyluk, 52 lat, żona rolnika, podniosła przed dziesięciu laty duży ciężar, poczem dostała bardzo silnych bólów w podudziu i musiała się położyć. Po tygodniu wstała i zauważyła w prawej pachwinie guz wielkości jaja kurzego, który stopniowo się powiększał, a znikał natomiast przy leżeniu i ucisku. Przy wytężającej pracy i dłuższem chodzeniu stawał się bolesny.

Stan ten utrzymywał się przez lat dziesięć. Od dziesięciu dni guz zaczął się szybko powiększać, stał się silnie bolesny, i nie dawał się odprowadzić do jamy brzusznej. Wystąpiło silne zaparcie stolca, czkawki, nudności i wymiotów brak.

Pacjentka dwa razy rodziła, nie roniła.

Wynik badania: chora wzrostu średniego, silnej budowy, dobrze odżywiona. Narządy wewnętrzne bez zmian. W prawej pachwinie stwierdza się guz wielkości pomarańczy, zajmujący górną część wargi dużej, kulisty, o powierzchni gładkiej, spoistości elastycznej. Chełbotania nie można wykazać. Guz jest na ucisk bolesny, skóra nad nim napięta, przesuwalna, wypuk stłumiony. Jest dobrze ograniczony, nie daje się przesuwać względem podłoża, jakoteż odprowadzić do jamy brzusznej. Przy uważnem obmacywaniu wyczuwa się u górnego bieguna guza szypułę, wchodzącą do wnętrza kanału pachwinowego.

Ciepłota 37,3 C, tętno 80.

Rozpoznanie kliniczne: *hernia inguin. obl. d. incarcerata.*

11. VI. 1926. Zabieg: W znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowem poprowadzono cięcie równoległe do więzadła pachwinowego, przez największą wypukłość guza, rozdzielono poszczególne warstwy aż do ściany przypuszczalnej przepukliny. Guz wydzielono od boków od otoczenia i nacięto. Wylało się wówczas około cztery łyżki jasnego surowiczego płynu. Po szerszem nacięciu ściany stwierdzono, że jest to torbiel o zgrubiałej, zapalnie zmienionej ścianie, zresztą zupełnie zamknięta, wobec tego oddzielono ją całkowicie od otoczenia a szypułę łącznotkankową idącą do kanału pachwinowego po podwiązaniu przecięto. Szew między zewnętrznym brzegiem m. skośnego a więzadłem pachwinowem, szew na rozścięgno m. skośnego zewn. i skórę.

24. VI. Rana zgojona *per primam.*

Cierpienie więc pacjentki trwało 10 lat, przyczem z początku zawartość guza zmniejszała się przy ucisku i leżeniu, widocznie był to wodniak łączący się z jamą brzuszną *(hydrocele communicans),* którego zawartość dawała się wcisnąć przez niezarośnięty kanał Nuckiego do jamy brzusznej. W niedługi czas przed przybyciem chorej do kliniki, nastąpiło częściowe zarośnięcie i zniesienie połączenia między jamą brzuszną, a obwodową częścią wodniaka, wobec czego guz stał się nie odprowadzalny. Wreszcie torbiel uległa zapaleniu, wywołując objawy uwięzłej przepukliny. Podczas zabiegu więzadło okrągłe dało się łatwo oddzielić od ściany wodniaka.

Wynik badania makroskopowego: wyłuszczona torbiel jest wielkości jaja kurzego. Jej ściana jest znacznie zgrubiała (około 3/4 cm.), twarda a powierzchnia wewnętrzna gładka i lśniąca, zawierająca miejscami guzki wielkości ziarna grochu, barwy biało-szarej, pod uciskiem kruszejące.

Wynik badania mikroskopowego (dr. Janusz): ściany wyciętej torbieli są znacznie zgrubiałe a zgrubienie to pochodzi od nadmiernego wybujania tkanki łącznej, wśród której stwierdza się wyraźne włókna klejorodne. Miejscami wykazuje tkanka łączna daleko posunięte zmiany szkliste i w tych to miejscach zauważyć można odkładanie się wapnia w postaci licznych ziarn kulistych. Powierzchnia wewnętrzna torbieli jest wyścielona śródbłonkiem, który miejscami ulega złuszczeniu. Warstwę zewnętrzną ściany tworzą włókna mięśni gładkich.

Ponadto stwierdza się w tej zgrubiałej ścianie liczne szczelinowate torbielki.

Przypadek II. G. Durat, lat 36, zauważyła przed czterema miesiącami w prawej pachwinie guzek wielkości włoskiego orzecha, nie znikający, i nie sprawiający chorej żadnych dolegliwości. Dopiero przed czterema dniami wystąpił samoistnie w prawem podbrzuszu ból, uniemożliwiający chorej pracę. Wkrótce wystąpiły bóle głowy, nudności i odbijania. Sam guz począł się szybko powiększać, dochodząc do obecnej wielkości. Stolec zaparty. Wiatry odchodzą.

Chora dwa razy rodziła, raz roniła.

Wynik badania: chora dobrze odżywiona, serce, płuca prawidłowe. Brzuch lekko napięty. W prawej pachwinie, nad więzadłem Pouparta widoczny guz owalny, o długości 6 cm., szerokości 4 cm., biegnący od wargi sromowej dużej ku pierścieniowi pachwinowemu, spoistości dość miękkiej, powierzchni gładkiej, przesuwalny względem podłoża, bolesny na ucisk. Skóra nad nim obrzękła nie daje się ująć w fałdy i utrudnia wykazanie ewentualnego chełbotania. Wypuk przytłumiony, przy kaszlu odczuwa się lekkie uderzenie guza o dłoń.

Rozpoznanie kliniczne: *hernia inguin. d. incarc?*

21. VI. 1925. Zabieg. W znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowem wykonano skośne cięcie przez największą wypukłość guza, rozdzielono poszczególne warstwy części miękkich, guz odsłonięto, oddzielono przy obfitem krwawieniu od otoczenia, i stwierdzono, że jest to torbiel więzadła okrągłego w stanie zapalnym. Po uwolnieniu od więzadła okrągłego usunięto torbiel, następnie przyszyto m. skośny zewn. do więz. pachwinowego i założono szew na rozcięgno m. skośnego i na skórę.

3. VII. chora opuszcza klinikę.

I w tym przypadku nie rozpoznano wodniaka a do zabiegu przystąpiono wobec istniejących objawów podrażnienia otrzewny. Rozpoznanie zaś było niepewne, ponieważ mimo obecności wyżej wspomnianych objawów, stolec i wiatry odchodziły prawidłowo. Przypuszczano więc, że ma się do czynienia z niezupełnie uwięzłą przepukliną. Znanem jest bowiem, że np. przepukliny sieciowe z silniejszym wysiękiem do worka przepuklinowego mogą bardzo

udatnie takie uwieźnięcie naśladować. Przyczyna w pierwszym przypadku była wyraźnie natury urazowej, w drugim zapalnej.

Wynik badania makroskopowego usunięta torbiel jest wielkości jaja gołębiego, o ścianach miękkich, dochodzących do grubości ½ cm., o wewnetrznej powierzchni gładkiej miejscami tylko pokrytej nierównościami, od których wychodzą do ściany najbliższej, względnie naprzeciw leżącej, beleczki zrostów różnej grubości.

Wynik badania mikroskopowego: ściana torbieli jest zgrubiała, lecz składa się z wiotkiej tkanki łącznej, ulegającej miejscami zwyrodnieniu szklistemu. Powierzchnia wewnętrzna jest wyścielona śródbłonkiem. Mięśni gładkich w badanych skrawkach nie udało się wykazać.

Hydrocele muliebris powstaje wskutek nagromadzenia się płynu surowiczego w niezarośniętym wyrostku pochwowym otrzewnej *(diverticulum Nuckii)*, podobnie jak to ma miejsce u mężczyzn w przebiegu sznurka nasiennego i jądra. Podczas gdy wodniak sznurka nasiennego lub jądra u mężczyzn jest sprawą częstą, posiadającą pewne ściśle określone objawy, wodniak więzadła okrągłego u kobiety jest rzadko w praktyce spotykany.

Wyrostek pochwowy otrzewnej zarasta w ten sposób, ze ściany jego zbliżają się do siebie, zwężając coraz to bardziej światło uchyłka, wreszcie się zlepiają, zaczynając od wewnętrznego pierścienia pachwinowego, a postępując szybko ku obwodowi. Wyrostek więc przedstawia się tuż po zarośnięciu w postaci postronka. U jednorocznego dziecka nie ma — już żadnego śladu, któryby wskazywał na jego dawny przebieg. Ostatnim znakiem zarośnięcia jest niejednokrotnie obserwowane wgłębienie otrzewnej w dołku pachwinowym bocznym.

Co do czasu i częstości zarośnięcia wyrostka zgadzają sie badacze, że przy urodzeniu jest on zwykle jeszcze otwarty i w większości przypadków zamyka się dopiero w pierwszych 10—20 dniach po urodzeniu. Okres zarośnięcia jednak może się przedłużać przez cały pierwszy rok życia. Po upływie owego czasu należy uważać otwarty wyrostek za zaburzenie rozwojowe. Częściej jest on otwarty po stronie prawej i z tego powodu występują po tej stronie częściej przepukliny. Również częściej jest on otwarty u chłopców aniżeli u dziewcząt. Wedle badań Sachsa na 155 chłopców i 150 dziewcząt był wyrostek u pierwszych w 30.3%, u drugich w 70.3% w pierwszym roku życia zarośnięty.

Zarośnięcie może nastąpić na całej lub też na pewnej tylko przestrzeni, mianowicie zwykle w części dośrodkowej. W tym drugim wypadku śródbłonek części obwodowej czyli nie zarośniętej poczyna wydzielać płyn, prowadząc do torbielowatego jej rozszerzenie z umiejscowieniem bliższem (w kanale pachwinowym) lub dalszym (w wardze dużej) od jamy brzusznej.

Sprawa najczęściej występuje w czwartem i piątem dziesięcioleciu.

Obustronny wodniak więzadła okrągłego jest bardzo rzadki. Finsterer przytacza z piśmiennictwa zaledwie cztery przypadki, mianowicie swój, Littena, Nikolausena i Majewskiego (z lwowskiej kliniki chirurg.).

Etjologja. Sama obecność nie zarośniętego uchyłka nie wystarcza do wytłumaczenia sprawy. Główną rolę w powstaniu i powiększeniu się wodniaka przypisuje Wechselmann ciąży i porodowi, przytaczając na dowód częstsze występowanie jego u wieloródek. Jak można jednak wywnioskować z przeglądu piśmiennictwa chodzi tu najczęściej o czynnik urazowy (jeden z naszych przypadków).

Föderl i Vasmer stwierdzili w swych badaniach doświadczalnych, że śródbłonek uchyłka może ulegać wskutek różnych bodźców przemianie z płaskiego w cylindryczny, prowadząc do obfitego i szybkiego wydzielania i wytworzenia się wodniaka.

Sposób powstania wodniaka kobiecego. 1) Jeśli zlepienie ścian wyrostka pochwowego nastąpi na granicy pierścienia pachwin. wewn., wówczas otrzymamy typowego wodniaka kobiecego, powoli wzrastającego i dającego określone objawy;

2) jeśli natomiast powstanie zlepienie np. w środkowej części wyrostka, wówczas otrzymamy dwie sprawy leżące obok siebie; obwodowo wodniaka a dośrodkowo przepuklinę. Taki stan stosunkowo często się spotyka (Majewski, Föderl, Finsterer i t. d.), i należy go odróżniać od trzeciego sposobu powstania;

3) wyrostek pochwowy może uledz częściowemu zarośnięciu na tle zapalnem. Wtedy dowiemy się z wywiadów, że guz z początku cały znikał lub dawał się odprowadzić co należy odnieść do tego, że wówczas istniało połączenie między światłem guza a jamą brzuszną. Kiedy zaś z jakiegoś powodu najczęściej zapalnego następuje obliteracja, guz nie da się odprowadzić i zaczyna się stopniowo powiększać. Poprostu mamy wtedy do czynienia z torbielą worka przepuklinowego (Bruchsackcyste), która jest niczem innem jak wodniakiem więzadła okrągłego. Te dwie sprawy więc, które mogą niezależnie od siebie występować łączą się w tym wypadku w jedno pojęcie. Mamy wtedy (z początku) wyrostek pochwowy otwarty, który może być wypełniony płynem surowiczym, dając obraz *„hydrocele mul. communicans“* lub też pętlami jelitowemi czy siecią, dając przepuklinę analogiczną do wrodzonej przepukliny u mężczyzny. Jeśli teraz światło szyjki worka przepuklinowego z jakichś powodów się zwęża a wreszcie po poprzednim ujściu zawartości jego do jamy brzusznej się zamyka otrzymamy torbiel worka przepuklinowego, względnie wodniaka więz. okrągłego.

Objawy. Wodniak kobiecy jest guzem przeciętnej wielkości jaja kurzego, kształtu owalnego lub gruszkowatego ze zwężeniem w części dośrodkowej (torbiel worka przep.), powierzchni gładkiej, rzadziej guzowatej, z powodu wytworzenia się wypukleń i uchyłków w ścianie torbieli, chełboczący, o wypuku stłumionym (Chiari opisuje przypadek zropiałego wodniaka, w którym wypuk był bębenkowy, z powodu wytworzenia się w nim gazów). O przeświecaniu może być mowa tylko przy większych wodniakach.

Guz taki może ulegać 1) zapaleniu, sprawiając bóle, czasem bardzo silne, z powodu wzrastającego napięcia (oba nasze przypadki) następnie 2) zropieniu, naśladując objawy uwięzłej przepukliny. Wiatry jednak i stolec mimo czasowego wstrzymania odchodzą po przepłukaniu odbytnicy.

Rozpoznanie różniczkowe. Nie zapalonego i nie zropiałego wodniaka kobiecego nie trudno rozpoznać, jeśli się tylko o nim myśli.

Odróżnić: należy od przepukliny, którą się czasem mylnie rozpoznaje, a pacjenci mimo silnej bolesności noszą nawet opaski przepuklinowe (Föderl);

od przepukliny uwięzłej, zwłaszcza gdy wodniak ulegnie zapaleniu lub zropieniu, któremu towarzyszą objawy otrzewnowe. Trudny był wspomniany wyżej przypadek Chiari'ego, do rozpoznania. Tem trudniejsze będzie rozpoznanie, gdy wyżej wodniaka znajduje się równocześnie przepuklina i to uwięzła;

od ropnego zapalenia gruczołów chłonnych, leżących wyżej więzadła Pouparta w przypadku zapalenia względnie zropienia wodniaka;

od innych tworów torbielowatych, jakoto torbieli powstałych wskutek odpryśnięcia cząstek gruczołów przedsionkowych, torbieli gr. Bartholiniego, kaszaków, guzów torbiel. wargi dużej, które nie mają żadnej łączności z więz. okrągłem i leżą niżej prawidłowego umiejscowienia wodniaków. Od guzów torbielowatych samego więzadła, np. skórzaków, otorbionych krwiaków, torbieli powstałych z bujania odpryśnięć pranercza *(mezonephr.)* gruczolaków i torbielo-włókniaków, których rozpoznanie i odróżnienie prawie zawsze jest możliwe dopiero przy zabiegu;

od *cystocele*, które jest zwykle zawartością przepukliny pachwinowej bezpośredniej i zmienia się przy cewnikowaniu;

od przepukliny jajnikowej, charakteryzującej się wzmożeniem bólów podczas miesiączkowania. Pomocnem jest tu badanie palpacją, którem stwierdza się oba jajniki w miednicy małej;

od torbieli worków przepuklin bezpośrednich *(obliterierte Bruchsäcke)*, które leżą przyśrodkowo od *art. epigastrica.*

Rokowanie jest pomyślne, w wodniaku zropiałym natomiast o tyle gosze, że przy mylnem rozpoznaniu przepukliny, wykonując energiczną *taxis*, można spowodować pęknięcie torbieli i wylanie się zakażonej treści do jamy brzusznej.

Piśmiennictwo.

1) Bittner: Zur Actiologie und Therapie der Hydrocele im Kindesalter. Zeitschr. f. Heilkunde XXI/9. — 2) Borsuk: Hydrocele muliebris. Medicyna, 1911. 41 str. w Zbltt. f. Gyn. 1912. — 3) Chiari: Ueber Entzündung d. weibl. Hydrocele. Wien. med. Wschr. XXI. — 4) Finsterer: Ein Beitrag z. Kenntnis d. Hydrocele muliebris. W. klin. Wschr. XV. — 5) Fischer: Fibrom u. Dermoidcyste d. Lig. rot. Monatschr. f. Geb. V. — 6) Gottschalk: Haematoma lig. rot. uteri. Zbltt. f. Gyn. 1896. Str. 1139 — 7) Gubarow: Eine ung. Cyste d. Lig. rot. Zbltt. f. Gyn. 1899. — 8) Labhardt: Biologie s Patologie d. Weibes (Halban u. Seitz). — 9) Majewski: Hydrocele muliebris. Polska Gaz. lek. 1895. IX. — 10) Narta: Idrocele cistico o tumore cist. del. leg. rot. Rif. med. XL/5. — 11) Müllerheim: Eine Cyste im Lig. rot. uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVI. — 12) Nebesky: Zur Kasuistik der vom Lig. rot. ausgelh. Neubildungen. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 17. — 13) Sachs: Untersuchungen über d. Proc. vaginalis perit...... Arch. f. Chir. XXXV/321. — 14) Schramm: Ein neuer Fall von Haematoma lig. rot. Zbltt. 1896. — 15) Vasmer: Hydrocele mul. Arch. f. Gyn. LXVII. — 16) Wechselmann: Arch. f. Gyn. XII. — 17) Foederl: Ueber Hydrocele mul. Zeitschr. f. Heilkunde 1900, XXI. — 18) Klemens: Hydrocele mul. Beitr. z. Chir. LXVII.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Stuletnia rocznica śmierci Laenneca. 1781—1826.

W r. b. świat lekarski obchodzi stuletnią rocznicę śmierci sławnego lekarza francuskiego Laenneca, który podał i opracował pierwszy metodę osłuchiwania płuc i serca, doniosłą i ważną metodę, bez której dzisiejszy lekarz nie umie już sobie poprostu wyobrazić badania chorego.

Przed Laennec'em o metodycznem osłuchiwaniu nie mogło być mowy. Zapewne, słuch lekarza przy badaniu chorego nie był całkiem bez znaczenia. W medycynie indyjskiej lekarz wytężał wszystkie swoje zmysły, węch, smak, dotyk, a z pewnością i słuch, ażeby chorobę zbadać. Lekarze indyjscy znali krepitację, trzeszczenie, które się słyszy przy złamaniach kości. Medycyna grecka znała objaw akustyczny przy t. zw. *„succusio Hippocratis"*, t. j. pluskanie, które się słyszy przy potrząsaniu chorym, jeżeli chory ma w jamie opłucnej płyn i powietrze, np. przy *pyopneumothorax*. Zapewne i przy innych sposobnościach słuch lekarza odgrywał rolę. W wielu cierpieniach dróg oddechowych sam chory, a także i otoczenie słyszą rzężenia; podobnie bicie serca czasem bywa słyszalne nawet z odległości. Z pewnością to wszystko miało dla lekarza znaczenie, lekarz zapewne starał się te odgłosy dobrze usłyszeć, przysuwał się do chorego, a może i ucho do ciała przykładał, zwłaszcza w czasach starożytnych, kiedy nagość ciała nie była przedmiotem szczególnego wstydu. Jeśli metoda systematycznego osłuchiwania została wynaleziona dopiero na początku w. XIX., to nie dlatego, żeby słuch lekarza przedtem nie wchodził całkiem w rachubę, ale dlatego, że lekarze dawniejsi nie mieli podstaw anatomicznych, a tem mniej anatomiczno-patologicznych do jakiegoś wnioskowania i dlatego o metodycznem osłuchiwaniu przed wiekiem XIX. nie mogło być mowy.

Anatomja patologiczna powstaje w połowie w XVIII. i odtąd wysuwa się w medycynie szybko na miejsce coraz wybitniejsze. Auenbrugger w drugiej połowie w. XVIII. podaje metodę rozpoznawania zmian anatomiczno-patologicznych w płucach i sercu za życia chorego za pomocą opukiwania. Corvisart we Francji na początku w. XIX. metodę opukiwania rozpowszechnia. Opukiwanie staje się metodą diagnostyczną niezmiernie cenną. Jeszcze Baglivi w w. XVII. wołał: „Jakże trudno jest rozpoznawać choroby w piersiach ukryte". Połowa ostrych zapaleń płuc lub opłucnej nie była wcale rozpoznawana, a ze spraw chronicznych w płucach prawie wszystkie. Obecnie rozpoznawanie chorób płuc i serca staje się dzięki opukiwaniu nieco łatwiejszem, ale zawsze jeszcze trudnem. Lekarze wysilają się, żeby rozpoznać, odgadnąć, co się w klatce piersiowej dzieje. Na tem tle powstaje genjalne odkrycie Laenneca.

Réné Théophile Hyacinthe Laennec urodził się dn. 17 lutego 1781 r. w Quimper w Bretanji, umarł dn. 13 sierpnia 1826 r. w Kerlouarnec w tejże prowincji. Nauki pobierał najprzód w Nantes, później w Paryżu. Studjując medycynę w Paryżu, zajmował się dużo anatomją patologiczną i wcześnie zaczął ogłaszać przyczynki z tej dziedziny. Stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1804 na podstawie rozprawy *„Propositions sur la doctrine médicale d'Hippocrate, relativement à la médecine pratique"*. W r. 1806 Laennec otrzymał posadę lekarza w szpitalu Beaujon, w r. 1816 w szpitalu Necker; w r. 1822 otrzymał katedrę w Collège de France, a w r. 1823 mianowany został profesorem kliniki lekarskiej w uniwersytecie paryskim. Epokowe swoje dzieło *„De l'auscultation médiate"* ogłosił w r. 1819, w drugiem wydaniu w r. 1826, w roku, w którym umarł. Laennec był poważnego, zamkniętego w sobie charakteru, przytem grał chętnie na flecie, lubił polowanie, konną jazdę i zajęcia tokarskie. Umarł na gruźlicę płuc podobnie, jak jego przyjaciel, również lekarz, autor cennej pracy o suchotach, Gaspard Bayle, z którym razem najwięcej się przyczynił do wyjaśnienia i rozpoznawania tej choroby.

O początku swego wynalazku opowiada sam Laennec tak: „Przechodząc przez dziedziniec Luwru, spostrzegłem raz, jak dzieci przykładają patyczki do uszy dla posłyszenia brzęku, wywołanego w drugim końcu podwórza przerzucaniem szpilek. Uderzony tem, niby objawieniem, postanowiłem zaraz spożytkować to przy badaniu chorób serca. Nazajutrz w klinice zwinąłem papier w rurkę, obwiązałem i przyłożyłem ją do okolicy serca chorego — to był pierwszy stetoskop". Wkrótce potem Laennec urządził sobie słuchawkę z drzewa cedrowego, opatrzoną na zewnętrznym końcu zatyczką, do której przywiązywał wielką wartość.

Klasyczne dzieło Laenneca *„De l'auscultation médiate,* t. j. „O osłuchiwaniu pośredniem", składa się z 2-ch części *„De l'exploration de la poitrine"* i *„De l'exploration des organes de la circulation"*. Laennec woli osłuchiwanie pośrednie, t. j. zapomocą przyrządu, któremu nadał nazwę już wtedy stetoskopu (od gr. *stethos* — pierś), niż bezpośrednie uchem, przyłożonem do ciała. Osłuchiwanie bezpośrednie — zdaniem Laenneca — jest mniej wygodne. Pacjent musi się obnażać, na co nie każdy się godzi, a prócz tego w wielu miejscach klatki piersiowej bezpośrednie osłuchiwanie jest niewykonalne, np. w górze pachy, pod piersią u kobiety otyłej, w okolicy łopatki u chudych i t. d.

Pierwotna słuchawka, skonstruowana przez Laenneca, była nieco inna, niż dzisiejsze, mianowicie, miała 32½ cm. długości i 3.6 cm. grubości; posiadała wprawdzie wzdłuż otwór, ale pomimo to całość ważyła 230 gramów. Taką słuchawką Laennec osłuchiwał często — przez ubranie, gdyż pacjenci 100 lat temu mniej byli skłonni do rozbierania się, niż dzisiaj. Dopiero późniejsze czasy przyniosły zmiany w budowie słuchawki. Jeżeli w tych trudnych warunkach Laennec potrafił opracować tak dokładnie metodę osłuchiwania, że do dziś dnia pozostała ona w głównych zarysach niezmienioną, to jest zasługą tylko jego genjuszu. Diagnostyka fizykalna jeszcze dziś posługuje się stworzonemi przez Laenneca metodami i pojęciami, jak oddech oskrzelowy, egofonja, różne odmiany rzężeń, tony i szmery serca i t. p. Laennec niedługo żył, bo zaledwie 45 lat, i niewiele napisał. Ale to, co napisał, posiadało wszystkie cechy najlepszych dzieł, jakie zna historja medycyny: temat był nowy, opracowanie wyczerpujące, znaczenie w nauce i praktyce doniosłe.

Dziś stetoskop Laenneca tak się zrósł z medycyną, że gdyby malarz chciał przedstawić na obrazie lekarza, prawdopodobnie namalowałby go ze słuchawką w ręku. Starożytność przekazała nam emblemat medycyny — węża okręconego naokoło kija; w wiekach średnich aż do wieku XVII. malarze przedstawiali lekarza, jako mężczyznę oglądającego pod światło mocz w naczyniu w myśl zasad uroskopji; dziś godłem medycyny stała się poniekąd słuchawka Laenneca.

OCENY.

Dr. med. Zdzisław Gorecki: *Schorzenia opłucnej w świetle nowych poglądów*. Str. 304 (tekstu 227.). Rycin 14 (2 w tekście), 3 tabl. — Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich. Lwów-Warszawa-Kraków. 1926.

Wiadomą jest rzeczą, iż wśród Czytelników są 2 zasadnicze typy. Jedni chcą mieć rzecz ujętą poglądowo, inni zaś doznają dopiero zadowolenia mogąc wgłębiać się we wszystkie tajniki wiedzy z czytanym przedmiotem związane. Książka Goreckiego jest w mocy zadowolić i jednych i drugich. Temat ujmuje ona jasno i przejrzyście skupiając wiadomości potrzebne klinicyście w ustępy określające znakomicie wytyczne odpowiednich obrazów chorobowych. Czytelnik, któremu chodzi o zwarte przedstawienie rzeczy, ważne dla praktyka, może doznawać zupełnego zaspokojenia swych pragnień. Gdyby autor ograniczył się był jedynie do przedstawienia obrazów chorob. ważnych dla lekarza-praktyka, moglibyśmy mu przyznać sukces, sukces ten jednak nie byłby tak znaczny, jak się to stało przez dołączenie części teoretycznej, która postawiła pracę G. na dużej wyżynie. Znaną jest rzeczą, że ustępy podręczników, dotyczące schorzeń błon surowiczych, są zazwyczaj mniej interesujące od innych działów medycyny wewnętrznej. Przyczyna tkwi tu przeważnie w zbyt schematycznem ujęciu przedmiotu.

O błonach surowiczych mówi się nierzadko jak o biernych wyściółkach jam, nie widzi się w tem wszystkiem zespołów jednostek biologicznie czynnych, ze swoimi prawidłami życia. G. przedstawił ten przedmiot żywo i barwnie, wniknął w biologię, oparł się na gruntownych danych biochemicznych, uwzględnił najnowsze kierunki fizyko-chemji, elementy komórkowe błon surowiczych określił jako istoty czynne, zależne od całokształtu zjawisk ustrojowych, nie pozbawionych styczności ze systemem wegetatywnym. Poglądy autora są nawskróś nowoczesne i umieją w pozornie nawet obojętnych fenomenach znaleść dużo naukowo ciekawego materjału.

Praca składa się z 12 rozdziałów. Pierwszy zaznajamia Czytelnika z anatomią błon surowiczych i uwzględnia, dane rozwojowe, trzeci i czwarty analizuje szczegółowo płyny jam surowiczych, siódmy i ósmy poświęcony jest systematycznemu przedstawieniu poszczególnych zapalnych schorzeń opłucnej, dziewiąty omawia odmę, dziesiąty schorzenia z obecnością płynów zastoinowych i hydremicznych, jedenasty nowotwory opłucnej, dwunasty leczenie chorób opłucnej. Rozdziały: drugi, piąty i szósty, postawione na wysokim naukowym poziomie, stanowią teoretyczną część książki. To, że ująłem je osobno nie znaczy, by reszta dzieła miała zasadniczo mniejsza wartość lub była traktowana pobieżnie. Cała treść książki przenika właściwe autorowi oryginalne i głębokie

ujęcie, ale do największej wyrazistości dojść ono mogło tam, gdzie konieczna dla praktyka zwartość ujęcia nie tamowała biegu naukowych rozważań.

Piśmiennictwo na którem oparł się Gorecki jest bardzo rozległe. W dołączonem zestawieniu wymienia autor przeszło 500 prac.

Krytyczna ocena wymaga podkreślenia i wad omawianego dzieła. Ten dział krytyki nasuwa przy ocenie pracy G. największe trudności. Jeśliby nawet ktoś dopatrywał się tam pewnych maleńkich usterek, to są one wobec istotnej wartości pracy tylko drobiazgami.

Szata zewnętrza książki staranna, druk dobry, ryciny wyraźne.

Książka G. wzbogaciła rodzimą literaturę o bardzo wartościowe i pożyteczne dzieło, zajmujące, oryginalne i ujęte w sposób nawskróś nowoczesny.

H. Sochański (Lwów).

Dr. Kazimierz Z g ó r s k i: *Higjena.* Podręcznik dla szkół powszechnych. Wydanie piąte. Z 60 rysunkami w tekście i 1 tablicą. Str. 89. Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich. Lwów-Warszawa-Kraków. 1926.

Książka, którą autor przeznaczył dla użytku szkół powszechnych przedstawia krótko higjenę osobniczą i publiczną. Higjena osobnicza będąca treścią pierwszej części książki podana jest bardzo przystępnie i doskonale dostosowana do swego celu. Duża ilość rycin jest przy omawianiu tego rodzaju tematu pedagogicznie nader słusznie pojętą. Z. podaje w każdym ustępie krótki rys anatomji danej części ustroju i dołącza zawsze odpowiednie, trafne uwagi higjeniczne. Z przedstawienia rzeczy widać dążność autora do uwzględniania współczesnych poglądów (ustęp o gruczołach dokrewnych, o systemie nerwowym i i.) Uczeń przyswoiwszy sobie treść I. cz. książki, może mieć jasny pogląd na budowę i funkcje ustroju, co dla zrozumienia higjeny osobniczej jest niezbędnem. Część druga omawia rolę czynników zewnętrznych. Stan powietrza, znaczenie światła, zagadnienia związane z ważnością jakości wody, rola walki z infekcją, z osobnem uwzględnieniem gruźliczej, problem walki z alkoholizmem, higjena mieszkań i higjena zawodu — wszystko to znajduje krótkie, jasne i przejrzyste omówienie. Rozdział o bakterjach i walce ustroju z niemi może być przykładem prostego, uczniowi przystępnego, ujęcia tematu.

Ustęp o pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz uwagi dotyczące higjeny dziecka dopełniają całości książki.

Praca Z. ma dużą wartość pedagogiczną, bo umie spory zakres wiedzy uprzystępnić i dostroić do zamierzonego celu.

Zewnętrzna forma książki staranna.

H. Sochański (Lwów).

Wład. Tad. W i s ł o c k i: *Przewodnik Bibliograficzny.* Rok II. 1921. Lwów-Warszawa r. 1926. Książnica-Atlas.

Ścisła ewidencja dorobku naukowego polskiego piśmiennictwa lekarskiego, prowadzona od r. 1831 przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie urywa się niestety z niepowetowaną szkodą dla pracowników naukowych. Trudności finansowe i w tym przypadku stają na przeszkodzie w kontynuowaniu świetnej tradycji zasłużonego Towarzystwa Warszawskiego. Wobec braku kompletnego zestawienia polskiego piśmiennictwa lekarskiego godzi się zanotować ukazanie się innego podobnego wydawnictwa, obejmującego poczęści również twórczość medyczną. Omawiany „Przewodnik Bibliograficzny" jest wydawany przez kustosza bibljoteki Zakł. Narod. Im. Ossolińskich i przedstawia dalszy ciąg perjodycznie ukazującego się najkompletniejszego przeglądu polskiej produkcji wydawniczej oraz t. zw. polonica w piśmiennictwie obcem. „Przewodnik bibliograficzny" za r. 1921 obejmuje 4308 pozycyj bibliograficznych, nie uwzględnia atoli czasopism oraz tych druków, które wprawdzie ukazały się na terytorjum państwa Polskiego, jednakowoż ani językiem, ani też treścią do naszego piśmiennictwa nie należą. Układ „Przewodnika" przedstawia bibljograficzne ułożenie pozycyj w porządku alfabetycznym wedle autorów i tytułów ich dzieł, względnie haseł. Każda pozycja składa się z możliwie dokładnych danych bibljograficznych, przyczem redaktor starał się porozwiązywać pseudonimy i kryptonimy i t. d.

Dział XI „Przewodnika" obejmuje medycynę, weterynarję i farmację, wykazując 114 pozyc. czyli $2^3/_4$%. Z innych działów naukowych najwyższy odsetek ogłoszonych prac wykazują nauki przyrodnicze i matematyka, a mianowicie 4%. Najwięcej zaś dzieł ukazało się jak stwierdza dział XIII z zakresu powieści i nowel, tj. $8^1/_2$% ogólnej sumy. Według miejsca druku największą ilość wydawnictw ogłosiła Warszawa a mianowicie 2345 dzieł, co stanowi $54^1/_2$% czyli $6^1/_2$ książki dziennie. Omawiany „Przewodnik" wobec rażącego braku zestawienia polskiego piśmiennictwa medycznego może niewątpliwie przynieść pewne udogodnienia w poszukiwaniach źródeł także i naszym pracownikom naukowym.

W. Janusz.

Marja G e r m a n ó w n a i Dr. Józef F r i t z: *Ćwiczenia cielesne.* Część trzecia. Rozwój fizyczny dziecka, gry, zabawy i ćwiczenia w przedszkolu. Lwów. Nakład K. S. Jakubowskiego, 1926, str. 127.

Książeczka poświecona tak zaniedbanej u nas jeszcze sprawie wychowania fizycznego dziecka małego składa się z dwóch części. Część pierwsza skreślona przez pedjatrę ujmuje dokładnie a przystępnie zagadnienie z dziedziny rozwoju, zniekształceń i schorzeń wieku przedszkolnego, jego higjenę a zarazem wpływ ćwiczeń fizycznych na rozwój małego dziecka. Część druga zestawiona przez zasłużoną już na tem polu autorkę podaje przykłady lekcyj ćwiczeń fizycznych wraz z piosenkami i podkładem nutowym. Książeczka napisana jasno z zamiłowaniem do przedmiotu powinna się znaleźć w ręku inteligentnej matki i wyszkolonej ochroniarki. W przyszłem wydaniu należałoby rozszerzyć wiadomości z zakresu o chorobach zakaźnych. Podręcznik starannie wydany przynosi zaszczyt nakładcy.

Stanisław Progulski.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Pamiętnik WileńskiegoTowarzystwa lekarskiego. Rok II, 1926, zeszyt II, za marzec do lipca 1926: Prof. K. O p o c z y ń s k i: Z badań doświadczalnych nad nowotworem typu ziarniniaka Hodgkina. Prof. K. M i c h e j d a: Dwa lata istnienia kliniki — I. A b r a m o w i c z i I. T y m i ń s k i: O słoniowatości nerwiakowej powiek i skroni. — K. K o s i ń s k i: W sprawie operacyjnego leczenia zapaleń ropnych stawu kolanowego. — Z a r c y n: Wrażenia z wycieczki do Berek-sur-mer. — M. P f a f f i n s ó w n a: Ciała tłuszczowe w komórkach nerwowych jąder oliwy rdzenia przedłużonego królików. — Prof. St. T r z e b i ń s k i: Na marginesie komunikatu panny Pfaffinsówny.

Lekarz wojskowy, Rok VII, Tom VIII, Nr. 2: L a t k o w s k i M.: Kilka uwag o zszywaniu ran postrzałowych. — K u c h a r s k i: T.: Frakcyjne badania treści żołądkowej i typy wydzielania żołądkowego. — Ż o ł ę d z i o w s k i Z.: Przyczynek do leczenia gruźlicy oka. — K l u k o w s k i Z.: Lekarze jako dowódcy oddziałów powstańczych w 1863 roku. — S z u l c G. i B a b e c k i J.: Odczynnik pyramidonowy na cjanowodór. — B e c k e r St.: Wykrywanie prochu na skórze przy ranach postrzałowych.

Kronika dentystyczna, Rok XXI, za wrzesień i październik 1926 r.

Przegląd dentystyczny, Rok VI, Nr. 10., za październik 1926: W. B a k i e r o w s k i: Wpływ ciąży i karmienia na zęby (dok.). — H. B e r g e r: Z problemów stomatologji zachowawczej. — A. M o k r z y c k i: Niebezpieczeństwo i możliwość zatrucia rtęciowego w dentystyce.

Przyroda i technika, Rok V, zesz. 9, z listopada 1926: A. S a b a t o w s k i: Człowiek a jego klimat świetlny. — K. J a m r ó z: Pogląd na rozwój tkactwa. — W. M o z o ł o w s k i: O stężeniu jonów wodorowych (dok.).

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium. (J. F. Lehmann) 1926. Zesz. 11.

T r e ś ć: 1) Doc. P a s s o w: Patologiczne działanie światła na oko. — 2) Prof. I g e r s h e i m e r: Przegląd oftalmologicznoterapeutyczny. — 3) N e u m a n n: Ropień mózgu pochodzenia usznego. — 4) G r e v e: Co powinien wiedzić lekarz praktyczny o odontoortopedji?

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Z literatury czeskiej.

Casop. lek. ceskych.

R. LXV. 1. 28.

Dr. A n t o n i n F a n a: *Przyczynek do doświadczeń o plastycznych operacjach moczowodu.* Szyciem udaje się wyleczenie

tylko małych ubytków moczowodu. Jeżeli moczowód został przerwany w swej ciągłości, blisko pęcherza moczowego, można ubytek ten do dług. 5 cm naprawić nowem ujściem do wierzchołka pęcherza moczowego. Przy większych ubytkach pozostaje jedynie plastyka, do której nie nadają się ani naczynia, ani trąbka maciczna. Jelitem cienkiem można zastąpić moczowód w całej rozciągłości, jak autor doświadczalnie na psie wykazał. Technika jest następująca: Dostatecznie długa pętla jelita cienkiego zostaje wraz z swą krezką wyłączona z reszty przewodu pokarmowego następnie obraca się ja dookoła osi naczynia krezkowego o 180°, aby kierunek jej ruchów robaczkowych przebiegał od nerki do pęcherza. Owalny koniec nerki zamyka się ślepo pod nerką, następnie małem cięciem bocznem wprowadza się do niej i wszywa nerkową część ureteru; między dolnym końcem pętli a pęcherzem wytwarza się anastomozę *end to side*. Po przeprowadzonej nefrektomji u zwierząt, które przeszły taką operację plastyczną moczowodu, żyły one przez 3mies. a w jednym przypadku uśmiercono zwierzę po 4 mies. w zupełnie zdrowym stanie.

Dr. Alojzy Chura: *Wpływ chorób infekcyjnych na wegetatywny system nerwowy dzieci.* Ubytek białych ciałek w krwi obwodowej po podniecie skórnej (zimno) jest następstwem nagromadzenia się ich w naczyniach krezkowych i wątroby, naodwrót zaś rozmnażanie się leukocytów. Jest to skutek rozszerzenia wzgl. zwężenia naczyń w wspomnianej sferze naczyń po podrażnieniu nerwów wegetatywnych, przyczem uzyskuje przewagę odpowiedni system (sympatyczny lub parasympatyczny). Pomocnem jest odruchowe zwężenie zastępcze (wzgl. rozszerzenie) na naczyniach obwodowych. Ostre choroby zakaźne są doskonałym objektem dla obserwacji i badania wegetatywnego systemu nerwowego u dzieci. Po schożeniu nastaje przewaga części parasympatycznej, która z rozwojem osutki ustępuje miejsca części sympatycznej. Zakażenie durem powoduje przewagę parasympatyczną. Wapń powoduje wnet po podaniu przewagę parasympatyczną (I stadjum) ale wydzielając się pozostawia zwiększoną wrażliwość uwolnionego sympatiku (II stadjum). Przy częstem i w dostatecznych dawkach podawanym wapniu można stale utrzymać przewagę parasympatyczną — trwałe działanie wapnia.

Dr. Vladimir Novak: *Studjum doświadczalne o ostrej nekrozie trzustki.* Na podstawie więcej niż 60 doświadczeń wykonanych głównie na zasadzie doświadczeń i poglądów Hlavy dochodzi autor do wniosku, że ostra nekroza trzustki powstaje z powodu powrotnego odpływu żółci lub treści duodenalnej do trzustki w czasie wydzielania jej i zatkania jej przewodu. Etjologja urazowa, zakaźna i toksyczna są nieprawdopodobne. Śmierć powstaje przez uszkodzenie miąższu wątroby wydzieliną trzustki, zwłaszcza tryptazą, wskutek czego wątroba nie potrafi wychwytać fermentów w krwi, ba nawet uwalnia tryptazę tkankową, uszkadzając w ten sposób organy miąższowe. Prób serologicznych ani reakcji Aderhaldena nie można użyć w celach rozpoznawczych.

Nr. 29.

Doc. Dr. Sigmund i Dr. Rejsek: *Normalna i patologiczna fizjologja dróg moczowych w serjowych pyelogramach.* Serjowa pyelografja jest lepszą od pyeloskopji ponieważ uwydatnia najmniejsze szczegóły zmian czynnościowych. W stosunku do badań doświadczalnych na obnażonym moczowodzie, ma tę wygodę, że najbardziej odpowiada stosunkom normalnym. Drogi moczowe nie są systemem nerek równomiernie się kurczących, lecz zasadą czynnego moczowodu i biernej miedniczki, powtarza się i w dalszych rozgałęzieniach. *Calyces* nie uchodzą wprost do miedniczki, lecz za pośrednictwem małych wypukleń zw. infundibula. One mogą być wspólne dla kilku kielichów lub każdy kielich może mieć własne Infundibulum. Na drogach moczowych możemy stwierdzić różne stopnie czynności. Najbardziej kurczliwą jest szyjka moczowodu i szyjka kielicha. Drugą grupę tworzy moczowód i infandibulum. Do trzeciej należy obwodowa ściana miedniczki. Część prawie nieczynną przedstawia środkowa część miedniczki między gałązkami kielichów. Na moczowodzie można obserwować 3 rodzaje ruchów robaczkowych: 1) ruchy segmentalne różnych części, zwł. szyjki, 2) ruchy faliste, 3) wahanie poprzeczne. Częstość fal peristaltycznych waha się między 45“ — do kilku minut. Amplituda bocznych wahań wynosi najwyżej $1^1/_2$ cm. Rozszerzaniu miedniczki towarzyszy zmniejszona ruchomość. Autorowie przyznają, że dotychczas operowali stosunkowo małym materjałem i dlatego nie mogą stwierdzonych faktów narazie uogólniać.

Nr. 30.

Dr. Saidl: *Diagnostyczne i prognostyczne znaczenie obrazu krwi przy chorobach kobiecych i ich pooperacyjnym przebiegu.* Bezwzględna leukocytoza w pierwszych godzinach po operacji wzrasta i trwa do końca pierwszego dnia. Jej wysokość zależy od rozmiarów poranienia, czasu trwania zabiegu, ubytku krwi i rodzaju środka nasennego. Równocześnie z leukocytozą znaczne przesunięcie jąder. Stan ten wyrównuje się w przypadkach z prawidłowym przebiegiem po operacji. Prognostyczne wnioski z obiegu krwi można tylko wtedy czynić, jeżeli posunięcie jąder sięga aż do myelocytów a leukocytoza przekracza 20.000. Stale wysoka leukocytoza (około 16.000) przez kilka dni po operacji zmusza nas do ostrożności, zwyczajnie bowiem towarzyszy jej ropienie rany pooperacyjnej. Badanie krwi wskazuje na niebezpieczeństwo i uprzedza zwyczajnie inne objawy kliniczne, przez co urasta do rzędu metody o wielkiem znaczeniu. Dla potrzeb klinicznych wystarczy badać krew przez pierwsze 3—4 dni po operacji. Jeżeli nastaje polepszenie, jest wynik operacji prawie pewny, w przeciwnym razie należy się mieć na baczności.

Nr. 31.

Dr. Karel Schrutz: *Wrażliwość skóry osesków na promienie X.* Autor zbija dotychczasowe mniemanie badaczy, jakoby wrażliwość skóry osesków była 3 do 5 razy większa, niż u dorosłych. Na podstawie swych badań doszedł do tych rezultatów, co Birk i Schall. Przy leczniczem stosowaniu promieni X nie należy się zatem obawiać szkodliwych skutków, tem bardziej, że u dzieci wystarcza 50—60% dawki dla dorosłych.

Dr. Vladislav Skrivanek: *Patella bipartita.* W r. 1926 obserwowano na chirurg. klinice Petruvalsky'ego w Bernie 2 stosunkowo rzadkie przypadki patellae bipartitae i to zawsze na jednej stronie. Rzepka składała się w obu przypadkach z 2 części: górnej zewnętrznej i większej dolnej wewnętrznej. W obu przyp. prześwietlenie było koniecznem z powodu lżejszego urazu stawu kolanowego. Obie części rzepki mają kontury ostre a dzieli je wąska blaszka chrząstkowa o brzegach ostrych równoległych. Badanie drobnowidowe nie wykazuje nieprawidłowości w budowie kostnej, ani też zmian zapalnych lub zwyrodnieniowych. Nie miał też nigdzie śladów starego złamania. Patella bipartita jest anomalją rozwojową powstającą w ten sposób, że jądro rzepki w czasie rozwoju rozpada się na 2 części. Rozpoznanie możliwe tylko przez badanie roentgenologiczne. Do projekcji w płaszczyźnie czołowej, która wszak w większości przypadków nie jest pouczającą, należy dołączyć projekcje tangencjalną kolana silnie zgiętego, przyczem chory winien leżeć na brzuchu. Projekcja boczna daje zwyczajnie wynik ujemny. Dla kontroli należy badać po obu stronach. Różniczkować należy w stosunku do fraktur głównie dla celów ubezpieczeniowych i sądowo-lekarskich. Petella bipartita jest upewniona przy wywiadzie nieurazowym, przez częstą obustronność, ostre i równoległe brzegi w miejscu przylegania obu części, brak dyslokacji części mniejszej oraz brak *callus*.

Nr. 32.

Dr. R. Lubojachy: *Fermenty lipolityczne a gruźlica.* Metoda stalagmometryczna z tributyryną wypełnia wszelkie warunki, konieczne dla zbadania zdolności lipolitycznych krwi i wyciągów z narządów. Studjum zdolności lipolitycznych krwi u ludzi zdrowych i wyleczonych z początkowej gruźlicy przekonuje autora o tem, że zdrowie człowieka przejawia się w krwi zdrową lipolityczną funkcją. Ta się określa, przy użyciu specjalnych metod badania, liczbą 22—35. a zatem wykazuje wahania indywidualne. Prócz tego liczba ta podlega wahaniom czynnościowym n. p. w pierwszym okresie trawienia tłuszczów, nastaje w krwi spadek lipaz, w drugim zaś zaś okresie można obserwować podwyższenie lipolitycznej funkcji. Lipolityczną własność posiada nietylko krew, ale i wątroba, płuca, śledziona i gruczoły krezkowe. Ilość lipaz krwi i narządów nie jest w stosunku prostym do procesu gruźliczego. Toksyczność oraz stany charłactwa mają wpływ niszczący na lipazy. Spadek lipaz ma zatem znaczenie i w innych wyniszczających chorobach. Produkty rozpadu prątków Kocha mają wpływ tłumiący na lipazy krwi i narządów. Podczas choroby nastaje zniżenie lipaz, w miarę rekonwalescencji, wraca stan lipaz do optimum. Przy gruźlicy można osądzać prognozę przez badanie w dłuższych odstępach czasu (rok i dłużej) na lipazy krwi. Celem wszelkiego leczenia gruźlicy musi być dążność do utrzymania wzgl. zbliżenia lipaz do optimum. Tylko u tych chorych możemy się spodziewać dobrych wyników z podawania tłuszczów, u których stan lipaz i przemiania tłuszczów jest dobra. Tu należy głównie pierwsze stadjum Ranke'go, z drugiego stadjum tylko te formy, u których niema charłactwa, a z trzeciego stadjum tylko niektóre wybrane przypadki. Autor zaprzecza, jakoby lipazy krwi i narządów były w możności osłabiać prątki gruźlicze. Ciała takie dadzą się wykazać dopiero w przyszłości, skoro się uda chemikom znaleźć metody dokładne do badania i mierzenia wyższych fermentów — lecithinaz — wzgl. cholesterinaz.

Nr. 34.

Dr. J. Havel: *Sport i poranienie oczu według statystyki kliniki okulistycznej w Pradze w latach 1920—1925.* W ciągu ostatnich 5 lat zebrał autor wszystkie przypadki zranień podczas rozmaitych gier sportowych powstałych (91 na 112.415 chorych ambulatoryjnych). Jakkolwiek jest to tylko znikomy procent, bo 0.08% uważa autor, że należy większą uwagę zwrócić na te zranienia. Z opisanych 91 przypadków nastała utrata wzroku w 17%, z tego na same wyścigi przypada 12 enukleacji. Na drugiem miejscu znajduje się kolarstwo — 3 przypadki utraty wzroku, potem szermierka, skauting, gimnastyka i inne gałęzie sportu.

D. Schneck (Lwów).

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Nr. 6. marzec 1926.

H. J. Carper: *O metodach barwienia prątków gruźliczych.* Historyczny przegląd oraz krytyka metod barwienia prątków gruźliczych. Autor poddał badaniom porównawczym 13 metod barwienia stosując bardzo skrupulatną technikę i doszedł do wyniku, że z pomiędzy tych 13 metod te tylko są polecenia godne, które odznaczają się szybkością i prostotą w wykonaniu. Dla celów praktycznych poleca autor na pierwszem miejscu metodę Ziehl-Neelsena.

H. J. Nichols i A. Parker Hitchens: *Odczyny przy szczepieniach przeciwtyfusowych.* Na podstawie obserwacyj poczynionych w armji Stanów Zjednoczonych i dużej ilości wykonanych szczepień dochodzą autorzy do następujących wniosków: 1) Nowe postępy w zakresie nauki o odporności antytoksycznej (błonica, płonica), nie odnoszą się do odporności bakteryjnej przy durze. 2) Wykrycie osób odpornych oraz podatnych zakażeniu zapomocą odczynów skórnych czy też jakichkolwiek innych nie jest obecnie możliwe. 3) Znaczenie odczynów szczepiennych w myśl nauki o odporności jest jeszcze niejasne. 4) Zagadnienie szczepionek toksycznych i nietoksycznych nie znalazło dotąd wystarczającej odpowiedzi.

Silne odczyny szczepienne występują w dwu rodzajach: Odcz. bezpośredni czyli anafilaktoidalny i odcz. późny czyli toksyczny. Obydwa te odczyny dają więc pewne wskazówki co do dwu działających tu czynników, bakteryjnego wzgl. allergicznego oraz toksycznego. Mamy tu więc do czynienia z elementem wybitnie nieswoistym. Czynniki te są tak wzajemnie związane, że analiza odczynów w myśl nauki o odporności jest w porze obecnej niemożliwa. Zapomocą odczynu skórnego można niekiedy wykryć osoby silnie oddziaływujące.

L. S. Lippincott. *Oznaczanie ilościowe ciałek krwi w Stanie Mississipi.* Obliczenia białych ciałek krwi wykonane w 1800 przyp. Pomiędzy człowiekiem białym a murzynem niema wybitniejszych różnic ani co do ilości ogólnej ciałek białych ani też co do wzoru odsetkowego ciałek białych. U murzynów spotyka się jedynie niższy odsetek zasadochłonnych.

L. Freedman. *Badania chemiczne nad neo-arsenaminą.*

W. Horsley Gantt i G. v. Volborth: *Wpływ siarczanu magnezu na wydalanie żółci z woreczka żółciowego.* Doświadczenia wykonane na psach z przetoką pęcherzyka żółciowego według Schiffa oraz z przetoką dwunastniczą, boczną Pawłowa wykazały zupełny brak wpływu siarczanu magnezowego na wydalanie żółci do dwunastnicy. Autorzy zapowiadają dalsze badania zmierzające do wyjaśnienia tego zagadnienia. Sprzeczność danych klinicznych z doświadczeniem na zwierzęciu tłumaczą sobie autorzy przypuszczalną różnicą fizjologji wydzielania żółci u człowieka i u psa, w związku z różnicą anatomiczną dróg żółciowych.

H. J. John. *Wahania poziomu cukru we krwi pod wpływem insuliny.* Badania nad poziomem cukru we krwi u 20 chorych pod wpływem insuliny. Wnioski: Dawka insuliny podana dożylnie nie stoi w stałym stosunku do spadku ilości cukru we krwi. W niektórych przypadkach występuje po podaniu insuliny wzrost ilości cukru we krwi, który możnaby odnieść do hiperglikemji trawiennej. Naogół, jakikolwiek byłby bezpośredni wynik działania insuliny wywołują dawki powtórne spadek ilości cukru. Oczywisty ten, zdaniem autora, wynik kumulacji jest jednak niezależny od wielkości dawek. Poziom cukru we krwi sam przez się nie stanowi kryterjum prawdopodobieństwa zadziałania insuliny. I tak, można podać dużą dawkę insuliny przy hipoglikemji bez widocznego wpływu, podczas gdy w innych przypadkach może wystąpić odczyn przy wybitnej hiperglikemji.

W. J. Mallory. *W sprawie leczenia insuliną.* Opisuje przypadek ciężkiej cukrzycy u 8 letniego dziecka, gdzie mimo podawania po 22 j. trzy razy na dobę chory wydzielał jeszcze kilkanaście g. cukru na dobę. Badanie trzygodzinnych porcyj moczu wykazało, że chory wydzielał cukier z moczem w okresie między północą a 5-tą godz. rano. Przesunięcie jednej dawki insuliny na 5-tą godzinę rano pozwoliło zupełnie odcukrzyć chorego mimo zmniejszenia dawki dobowej z 66 j. na 35 j.

C. C. Guthrie. *Przyrząd do analizy gazów krwi.* Podaje uproszczoną aparaturę do szybkiego oznaczania pojemności tlenu i CO_2 krwi.

R. W. French. *Fuksyna zasadowa do pożywek endo.* Chlorowodorek rozaniliny nadaje się, zdaniem autora, najlepiej do pożywek endo.

C. E. Rodewick. *Nowy hemoglobinometr.* Opisuje kieszonkowy przyrząd do oznaczania il. hemoglobiny.

Hardy A. Kemp i Meyer S. Fleisher. *Anilina jako odbarwiacz w metodzie Grama.* Podaje następującą technikę barwienia sposobem Grama przy użyciu aniliny jako odbarwiacza. 1) Fiolet goryczki ze szczawianem amonu przez 1 min. Spłókać pod wodociągiem. 2) Roztwór jodu wdłg. Grama najmniej 2 min. Spłókać i wysuszyć. 3) Spłókać aniliną najmniej 1 min. Usunąć resztki aniliny, wysuszyć, przeciągnąć przez płomień. 4) Zróżnicować rozcieńczoną fuksyną lub safraniną.

Glenn Green. *Pierścienie parafinowe na szkiełkach podstawowych.* Praktyczny sposób wykonywania na szkiełku prób aglutynacyjnych i t. p.

R. Kilduffe: *Niszczenie dopełniacza w surowicy ludzkiej.* Ogrzewanie do 56° C przez 15 min. wystarcza zupełnie do unieczynnienia właściwego ludzkiej surowicy dopełniacza.

D. C. Walton i C. A. Jones. *Komora gazowa do krótkich doświadczeń.* Urządzenie komory gazowej dla zwierząt do doświadczeń nad działaniem rozmaitych gazów.

J. Goertz (Lwów).

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 33, 13. Sierpnia 1926 r.

H. Straub. *Dur brzuszny w Torgelowie (Przedpomorze).* Podczas epidemji duru brzusznego w Torgelowie od połowy maja do 24 czerwca r. b. było zanotowanych 68 wypadków zachorowań, z których 8 śmiertelnych (= 11,7%). Ku szerzeniu się epidemji w znacznej mierze przyczyniły się złe warunki higjeniczne miasta. Aby zapobiec na przyszłość powstawaniu i szerzeniu się epidemji, autor radzi systematycznie szczepić ludność, szczególną zaś uwagę proponuje udzielić sprawie nosicieli zarazków tyfusowych. Ci ostatni stanowią 20% osobników, którzy na tyfus przechorowali. Celem izolowania nosicieli zarazków od reszty ludności, która tyfusu nie przebyła, władze sanitarne muszą mieć ich ciągle na oku, zmuszać ich w razie potrzeby do zmiany zawodu, i t. d. Wobec interesów ogółu, takie ograniczenie wolności jednostki byłoby całkiem usprawiedliwione.

P. Morawitz. *Mechanizm spontanicznego tamowania krwotoku.* Na ustanie spontaniczne krwotoku, składają się dwa czynniki: krew i naczynia. Podczas gdy, własnościom krwi przypisywano znaczenie wyłączne, nie uwzględniono prawie własności naczyń. Szereg jednak doświadczeń przemawia za rolą wybitną naczyń w ustaniu krwotoku spontanicznem.

Claus Schilling i Hermann Hackenthal. *Przeniesienie bierne przeczulenia przy gruźlicy ludzi i zwierząt.*

H. Kroó. *W kwestji persystencji krętków przy durze powrotnym doświadczalnym.*

W. Böhme. *Zasady nieszkodliwego zastosowania leczniczego żywej zarodzi.* Metoda polega na wstrzykiwaniu dożylnem mieszaniny pewnych żywych saprofitów bakteryjnych („Saprovitanu"). Saprofity stosunkowo szybko giną, nie powodując powstania ropni lub innych złogów patologicznych. Ciepłota ciała podnosi się. Wprowadzenie bezpośrednio do krwi żywych ciał bakteryjnych jest podnietą o wiele silniejszą dla obronnych i twórczych sił organizmu, aniżeli protoplazma zabita, stosowana przy proteinoterpji.

C. R. Schlayer i Hansjulius Wolf. *Doświadczenia nad zastosowaniem leczniczem bakteryj żywych u ludzi.* Działanie saprovitanu zostało wypróbowane na 61 chorych (zapalenie przewlekłe pęcherzyka żółciowego, wrzód dwunastnicy, zrosty pooperacyjne, zapalenie okrężnicy przewlekłe, i t. p.). Stosowany był przeważnie saprovitan F (mieszanina laseczek okrężnicy saprovitycznych z szeregiem in. bakteryj saprofitycznych). Po wstrzyknięciu dożylnem występował odczyn ogólny (t°, dreszcze, bóle głowy i stawów) i miejscowy, (wzmaganie się bolów). Ubocznych szkodliwych działań nie spostrzeżono. W większości wypadków następowało znaczne polepszenie, nawet w takich, w których uprzednio stosowana proteinoterapja była bezskuteczna. Wynika z powyższego, iż stosowanie śródżylne bakteryj żywych w dawkach odpowiednich, jak to ma miejsce przy wstrzyknięciu saprofitanu, — nie jest tak niebezpieczne, jak się teoretycznie mogło wydawać.

G. L. Dreyfus i R. Hanau. *Uwagi zasadnicze o zastosowaniu nowego środka gorączkowego saprovitanu w neurologji.* Saprovitan okazał się z powodu swego pewnego i nieszkodliwego działania, środkiem zastępczym zimnicy w wypadkach, gdzie zastosowanie tej ostatniej było przeciwskazane z powodu słabości narządów krążenia. Doświadczenia autorów dotychczasowe (30 wypadków — 500 wstrzyknięć dożylnych) nie uprawniają do ostatecznego wypowiedzenia się o saprovitanie. Można jednak odnieść wrażenie, iż ma on wyższość nad malarją przy leczeniu wiądu rdzenia, które powinno być łagodnem; w leczeniu natomiast neurolnesu saprovitan ustępuje zimnicy. Saprovitan okazał się skutecznym przy całym szeregu innych schorzeń nerwowych. Ponieważ działa pewnie i nieszkodliwie, bardzo by się nadawał do stosowania ambulatoryjnego.

O. Ehrismann u. G. Jodchimoglu. *Pharmacologja phantastica.*

J. Plesh. *Zagadnienia krążenia.*

Franz Krömeke. *Wpływ promieni roentgenowskich na ciałka czerwone krwi.*

Nr. 35. 27. Sierpnia 1926 r.

J. Morgenroth, L. Abraham i R. Schnitzer. *Studja doświadczalne nad leczeniem zimnicy. 1. Wpływ hydrochininy i optochiny na zimnicę ptaków.* Doświadczenia autorów nad zimnicą, ptaków, spowodowaną przez *Proteosoma praecox*, wykazują wyższość hydrochininy, szczególnie zaś optochiny, nad chininą, pod względem zapobiegania i leczenia zimnicy. Zachęcają one do podjęcia prób stosowania optochiny przy zimnicy ludzkiej na materjale ludzkim większym, niż to robiono dotychczas. Ujemnego wpływu optochiny na narządy zmysłów można przy prawidłowej technice terapeutycznej uniknąć.

H. Strauss. *O powstaniu i podziale schorzeń stawów przewlekłych* (Dokończenie).

Felix Klopstock: *Powstanie zmian kiłowych we krwi i własności surowicy, odpornej na krętki.*

Franz Waliński. *1. Leczenie niedokrwistości złośliwej przy pomocy przetaczania krwi z jednoczesnem podawaniem insuliny. 2. Udoskonalona technika przetaczania krwi.* Leczenie drogą wspomnianą dwóch, wypadków niedokrwistości złośliwej, które nie reagowały na inne środki lecznicze, dało wyniki dobre. Insulina popiera wpływ przetaczania krwi przez obniżenie wzmagającej hemolizę krwi kwasicy i zmniejszenie ilości cukru we krwi, co ma działanie korzystne na przemianę materji. Autor podaje własny sposób przetaczania krwi, łatwo dostępny lekarzowi praktykującemu, prosty i tani.

E. Herzfeld, P. Mayer-Umhöfer, Becker. *W kwestji zastąpienia leczenia surowicą specyficznego przez leczenie ciałami białkowemi.* Doświadczenia autorów uprawniają do wniosku, iż leczenie niespecyficzne zajmuje w porównaniu z leczeniem specyficznem miejsce podrzędne.

J. Zadek: *W sprawie patogenezy choroby Vaquez.*

Lotte Koopmann. *O zależności toksyczności wapnia od odżywiania.*

Rudolf L. Mayer: *O ochronie przed światłem przez taninę i substancje pokrewne.*

Edmund Strössner. *Szczepienia ochronne przeciwpłonicze przy pomocy szczepionki paciorkowcowej hemolitycznej, a odczyn Dick'ów.* Zapomocą szczepień szczepionką uzyskaną z pięciu szczepów paciorkowca hemolitycznego, udało się wszędzie osiągnąć, iż początkowo dodatni odczyn Dick'ów stał się ujemnym. Przyszłość pokaże, czy ujemny odczyn Dick'ów jest identyczny z odpornością na płonicę.

Toby Cohn i Isakowitz. *Przykurcze mięśni paretycznych oka.*

Dr. A. Lidzki (Szarkowszczyzna).

Medizinische Klinik.

Nr. 29.

Bonn: *O migrenie.* W obszernym wykładzie kreśli autor klinikę tego schorzenia. W leczeniu, poza zwróceniem uwagi na higjenę osoby, należy uwzględniać idiosynkrazję. Francuzi polecają leczenie peptonem (podobnie jak dychawicę), podając 0,5 peptonu doustnie 3 razy dnia przed jedzeniem *(Armonius Peptonium siccum).* Lepiej działa podany dożylnie w 6—7% rozczynie. Próbować można leczenia nieswoistemi białkowemi ciałami ew. tuberkuliną. U osób dobrze odżywionych, dobre wyniki przy głodówce (mleczno-owocowa), gorzej odżywieni winni otrzymać wstrzykiwania arsenu + strychnina. Emanacja radowa ma korzystnie działać. Zwalczać zaparcie stolca. Opisują dobre działanie thyreoidiny, wyciągu z łożyska (Migräneserum), Sexualoptone Merck. Dla zwalczania napadów podawać brom i luminal, ostatni w dawkach 0,025—0,1 dziennie przez miesiąc. Przy napadzie podawać antineuralgica, unikać morfiny! Kurcz naczyń ustępuje po wstrzyknięciu papaveryny 0,04 dożylnie. W przerwach podawać najlepiej: *Natr. nitros. Papaverin. hydrochl.* aa 0,04; Luminal 0,025; *Natrii bicarb.* 0,25 3—4 razy dz. proszek. Zamiast koffeiny podawać *theobrom. natr. sal.*, gdyż podrażnia ona komórki nerwowe. W ciężkich przypadkach punkcja lumbalna periarterialna Sympathektomia tętnicy dogłowowej, lub trepanacja odciążająca. Askenazy w dyskusji radzi podawać 0,5 *Pepton. sicc. Merck* 3 razy przed posiłkami w kapsułkach żelatynowych!

Brunn: *W sprawie genezy i leczenia dychawicy sercowej.* W patogenezie wielu przypadków duszności sercowej ma duże znaczenie gospodarka wodna ustroju. W pewnych schorzeniach narządu krążenia następuje w spoczynku znikanie obrzęków i wchłanianie ich do krwi, skutkiem tego system naczyń włosowatych płuc otrzymuje krew o zmienionym składzie. W tem widzi Br. przyczynę występowania duszności sercowej wzgl. obrzęku płuc. To tłumaczy znikanie napadów w gorączce, kiedy turgor, tkanek jest zwiększony, i przy wystąpieniu obrzęków, kiedy nic tak łatwo tkankowy płyn zostaje wydalony. Wyciągi przysadki i opiata, wpływając zarówno na tkanki jak i działając na układ centralny, mogą przerwać napad dusznicy lub rozpoczynający się obrzęk płuc. I przeciwnie, są przypadki w których przez zastosowanie suchej diety lub salyrganu można zapobiec wystąpieniu duszności. Autor sądzi, iż zwrócenie uwagi na gospodarkę wodną ustroju i dynamikę tkankową, stwarza się nową hipotezę, której tymczasowym płodem jest leczenie duszności sercowej salyrganem.

Kundratitz: *Etjologja płonicy.* Na podstawie własnych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że 1) uodpornienie toksyną paciorkowców płonicowych jest ściśle swoiste dla tej toksyny, a zapomocą toksyny z innego szczepu paciorkowców nie może być wywołane. 2) przebycie płonicy stwarza odporność względem dużych ilości toksyny paciorkowców płonicy. 3) przez duże dawki toksyny paciorkowców płonicy, można wywołać klasyczny obraz płonicy, który może być powstrzymany przez zastosowanie surowicy ozdrowieńców płonicowych, lub surowicy leczniczej. Paciorkowiec hemolityczny, jakkolwiek są zarzuty co do jego wyłącznej natury, jako czynnika chorobotwórczego przy płonicy, może napewno wywołać obraz kliniczny płonicy. Zajęcia nerek przy obrazie płonicy potoksynowej, nigdy nie stwierdzano.

König: *Dwie duże monety w przełyku dziecka.* Po usunięciu ciała obcego, jak słusznie żąda Springer, należy zawsze upewnić się czy niema jeszcze jakiejś przeszkody *(oesophagoscopia,* Roentgen). W opisanym przypadku wydobyto jedną monetę, podczas gdy tkwiły dwie.

Grünzweig: *Przyczynek do kazuistyki Arthro-lues tardiva jako swoistego schorzenia systemowego.* U kobiety 38-letniej przez 13 lat ciągnąca się choroba stawów z zniekształceniem ich. Bóle szczególnie w nocy. Roentgen wykazał liczne periostalne zgrubienia nasad falang. Leczenie przeciwgośćcowe i — dnawe bez wyniku. Lepsze wyniki po jodzie, mirionie i *empl. hydrarg.* co skierowało rozpoznanie, mimo iż Wa. zawsze był ujemny.

Becker: *Leczenie wczesne rzucawki.* Wychodząc z założenia, że rzucawka jest wywoływana zatrzymaniem wody, szczególnie w mózgu, stosował z dobrym skutkiem w przyp. grożącej rzucawki dietę suchą z małą zawartością soli, dużo ruchu. Z leków: *Camphor. 0,05, Sachi alb. 0,3* S. 3 razy dz. proszek w czarnej kawie oraz *Mixt. diuret. F. M. B. Dos.* 2/1. S. 3 razy dz. po łyżce w gorącem mleku.

Hoor: *Rzadki guz pochwy.* Guz pochwy wielkości główki dziecka o utkaniu włókniako-śluzaka.

Mirkin i Rachlin: *O rozdziale leukocytozy.* Zawartość leukocytów w krwi żył jest mniejszą niż w naczyniach włosowatych, jednak ilość ta podlega zmianom. Skład ilościowy krwi żylnej jest bardziej stały, podczas gdy większą zmienność stwierdza się w krwi kapilarów. Zmiana ilościowa leukocytów w doświadczeniach przeważnie nie łączyła się ze zmianą obrazu krwi. Spadek leukocytów wystąpić może także niezależnie od przyjęcia pokarmów, co obala wartość próby Widala. Wahania w ilości leukocytów w systemie krążenia, wywołanym zmiennem a zależnem od siebie napięciem naczyń obwodowych i centralnych. W klinicznych badaniach, mających na celu wykazanie zmian w krwi obwodowej w ciągu krótkich odstępów czasu, najlepiej pobierać krew z *vena mediana,* gdyż zawartość leukocytów jest tu bardziej stałą.

Nr. 30.

Strasser: *Myalgja i jej leczenie balneologiczne.* Wykład kliniczny.

Walder: *Chemoterapja i leki w gruźlicy.* Omawia znaczenie i wartość leków stosowanych w gruźlicy. Do leczenia złotem odnosi się krytycznie.

Reiche: *Lewostronne porażenie nerwu powrotnego przy zwężeniu ujścia żylnego lewego.* U kobiety 35-letniej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego wystąpiło porażenie nerwu powrotnego *(recurrens),* wywołane przez ucisk bardzo silnie rozszerzonego przedsionka lewego bezpośrednio na nerw w miejscu skręcenia się jego około aorty. Przypadek potwierdzony sekcyjnie.

Treu: *Śmiertelne zatrucie CO przez gazy wylotowe samochodu.* Szofer dla ogrzania garażu w którym nocował, puścił w ruch motor samochodu. Rano znaleziono go nieżywym. Sekcja stwierdziła zatrucie CO., powstałym przy spalaniu w motorze. Na drzwiach garażu winno być umieszczone ostrzeżenie. „Puszczanie motoru przy zamkniętych drzwiach jest surowo wzbronione".

Zuntz: *W sprawie gastroskopji.* Gastroskopja, przy zastosowaniu wszelkich ostrożności, jest bezpieczną i nie nieprzyjemną metodą badania. Ujemną stronę stanowi niemożność stosowania jej we wszystkich przypadkach oraz niemożność widzenia, przynajmniej w $^1/_3$ części przypadków, części odźwiernikowej. Należy stosować tę metodę.

Deutsch: *Niedokrewność („hyperchrom") wskutek zwężenia jelita cienkiego u dziecka.* U dziecka 13-letniego wystąpiło utrudnienie przesuwania się pokarmów wskutek zrostów powstałych na tle gruźliczego zapalenia zrostowego otrzewnej. Wchłanianie substancyj toksycznych wpłynęło niekorzystnie na krew i szpik kostny, dając obraz niedokrwistości o wskaźniku wyższym od jedności 1,1, o typie regeneracji embrjonalnej. Dziecko otrzymywało tylko dietę mleczno-węglowodanową, aby uniknąć tworzenia się toksycznych substancyj, powstających przy rozkładzie białka. Po miesiącu znaczna poprawa, wskaźnik 0,59, przybytek na wadze 1 kg.

Buschmann: *Exanthema subitum. Erythema postfebrile.* Opis 4-ch przypadków. Ostro się rozpoczyna, ciepłota dochodzi do 40,5° C. Przy opadaniu gorączki występuje wysypka, przeważnie i najpierw na tułowiu. Gorączka trwa 3—5 dni. Wysypka jest podobna do odrowej, pod uciskiem znikają pojedyńcze plamki. We krwi leukopenja z limfocytozą 80—85%. Najczęściej występuje ta choroba u dzieci 6—8 mies., zaraźliwą dla otoczenia nie jest. Najczęściej występuje od października do marca. Schorzeń następowych i powikłań nie widziano. Dotąd opisano w piśmiennictwie 19 przypadków.

Mahler i Riechawy: *Odruch zwiększenia cukru we krwi wywołany z górnych odcinków przewodu pokarmowego.* Po wprowadzeniu zgłębnikiem glukozy (w małych ilościach) występuje w ciągu kilku minut zwiększenie poziomu cukru we krwi. Prawdopodobnie wywołane jest to przez odruch idący od ściany jelita do wątroby, wskutek którego następuje nagłe uruchomienie cukru. Krzywa cukru we krwi jest różna zależnie od miejsca wprowadzenia cukru. Najwyższe wartości osiąga po wstrzyknięciu w część początkową jelita czczego.

Adam: *Nowsze piśmiennictwo okulistyczne.*

Grabowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne.

XI. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 9. XI. 1926. Przewodniczył kol. Prof. Bylicki. Obecnych 18 członków i 19 gości.

1. Kol. Lenczowski przedstawił *przypadek włókniaka przegrody cewkowo-pochwowej.* Guz był ściśle zrośnięty z tylną ścianą cewki moczowej, którą na niedużej przestrzeni resekowano. Przetokę cewkowo-pochwową zaszyto z dobrym wynikiem.

W dyskusji zabierali głos: kol. Prof. Bylicki, Mączewski, Lenczowski.

2. Kol. Piotrowski przedstawił *przypadek hydramnion acutum biamniale.* (Praca ukaże się w „Ginekologji Polskiej").

3. Kol. Mączewski wygłosił wykład *„Przyczynek do leczenia przetok moczowych powstałych po operacjach położniczych".* Po wysokich kleszczach Kielanda obserwował kilka przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych, które leczono założeniem cewnika Pezzera *(a demeure).*

4. Kol. Piotrowski przedstawił *przypadek wyleczenia bez operacji przetoki pęcherzowo-pochwowej powstałej w czasie porodu po operacji kleszczowej.* Leczono cewnikiem Pezzera *a demeure,* który usunięto 8-go dnia, poczem tuszowano brzegi przetoki lapisem.

W dyskusji zabierali głos: kol. Seidler, Schwarz.

5. Kol. Garbień wygłosił wykład: *„Operacyjne leczenie raka pochwy".* (Ukaże się w „Ginekologji Polskiej" w pracy p. t.: „Pierwotny rak pochwy").

Sekretarz: *Dr. A. Garbień.*

IV. Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej.

IV. M. K. M. i F. W. odbędzie się w Warszawie w dniach od 30 maja do 4 czerwca 1927 r. Protektorat nad Kongresem objął Pan Prezydent Rzeczypospolitej. Prace przygotowawcze powierzono Komitetowi Organizacyjnemu, którego przewodniczącym jest Szef Departamentu Sanitarnego Min. Spraw Wojskowych. Tematy IV. Kongresu ustanowione przez Walne Zgromadzenie III. Kongresu powierzone dla opracowania poszczególnym referentom są następujące: 1) Ewakuacja w wojnie ruchomej, 2) Etjologja i profilaktyka grypy, 3) Następstwa uszkodzeń traumatycznych czaszki i ich leczenie, 4) Arseno-benzole — metody analizy i oceny chemiczne.

Do każdego z tych tematów mogą być zgłoszone indywidualne komunikaty, które nie powinny przekraczać 6 stronic druku o 50 linjach każda, a których wygłoszenie na Kongresie nie może trwać dłużej, niż 10 minut.

P. P. Lekarze i Farmaceuci pragnący zgłosić indywidualne komunikaty do podanych wyżej tematów winni się zwrócić bezpośrednio do Sekretarjatu Komitetu Organizacyjnego Kongresu (Warszawa, Min. Spraw Wojskowych, Departament VIII. Sanit.). Opracowane tematy i komunikaty będą ogłoszone w księdze pamiątkowej Kongresu. Pożądanem jest, by dla każdego komunikatu autor dołączył tłumaczenie w jednym z języków obowiązujących na kongresach międzynarodowych, a mianowicie: francuskim, angielskim, włoskim lub hiszpańskim oraz streszczenie komunikatu nieprzekraczające 1 strony druku. Komunikaty winny być nadesłane najpóźniej do dnia 1 kwietnia 1927 r.

Celem informowania w sprawach Kongresu utworzone zostały na obszarze każdego Okręgu Korpusowego Komitety Propagandy pod przewodnictwem Szefa Sanitarnego danego O. K.

Prawo do uczestniczenia w Kongresie jako członkowie mają wszyscy lekarze, aptekarze i dentyści służący zawodowo w wojsku, rezerwowi, w pospolitem ruszeniu i w stanie spoczynku, jak również osoby ze świata lekarskiego i farmaceutycznego niestojące w żadnym stosunku do służby wojskowej, lecz okazujące zainteresowanie sprawami sanitarjatu wojskowego. O przyjęciu tych ostatnich na członków decydują Komitety Propagandy odnośnego O. K. (we Lwowie, ul. Wałowa 16, II. p. biuro 6. Okreg. Szef. Sanit.). W Kongresie mogą również uczestniczyć w charakterze gości żony i córki niezamężne wszystkich uprawnionych do wzięcia udziału w Kongresie osób wojskowych i cywilnych. Nad urozmaiceniem pobytu podczas obrad Kongresu żonom i córkom uczestników Kongresu pracować będzie specjalnie zorganizowany w tym celu Komitet Pań.

Ogólny program Kongresu przedstawia się następująco: Dnia 30 maja — Uroczyste otwarcie Kongresu w auli Politechniki Warszawskiej — Wieczorem raut zapoznawczy w Pałacu Prezydjum Rady Ministrów. Dnia 31 maja — do dnia 4 czerwca — obrady Kongresu w godzinach przedpołudniowych. Dnia 31 maja — Uroczyste otwarcie Międzynarodowej Wystawy Sanitarno-higienicznej. W godzinach popołudniowych odbywać się będą ćwiczenia pokazowe Służby Zdrowia w polu oraz zwiedzanie urządzeń i zakładów sanitarnych wojskowych, państwowych i miejskich. Prócz tego szereg przyjęć i rozrywek. a po Kongresie szereg wycieczek. Opłata dla uczestników w Kongresie wynosi 30.— zł., dla żon i córek uczestników 20.— zł. Opłaty te przesyłać należy pod adresem Skarbnika Komitetu Organizacyjnego (ppłk. Sokolewicza — Warszawa, Departament VIII. Sanit. Min. Spr. Wojsk., ul. Nowowiejska 5), który przeszle imienne i numerowane karty uczestnictwa.

Członkowie będą mieli prawo do korzystania ze zniżek kolejowych oraz prawo do uczestniczenia we wszystkich przyjęciach, pokazach i rozrywkach urządzanych przez Komitet Organizacyjny.

Sekcja kwaterunkowa Komitetu zapewni zgłoszonym kongresistom pomieszczenia w budynkach rządowych w mieszkaniach prywatnych za opłatą oraz w hotelach i pensjonatach. Zgłoszenia na jakość poszukiwanego pomieszczenia z podaniem ilości pokojów odpowiednio do towarzyszących członków rodziny oraz przypuszczalnego czasu pobytu należy skierowywać najpóźniej do dnia 1 kwietnia 1927 r.

Oficerowie rezerwy i w stanie spoczynku proszeni są i upoważnieni do występowania w czasie Kongresu w mundurach.

Dla osób nieposiadających prawa noszenia munduru obowiązuje strój wizytowy wzgl. wieczorowy.

LISTY DO REDAKCJI.

Urzędowy Spis Lekarzy i Aptek.

Po raz drugi Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydała spis lekarzy, uprawnionych do praktyki lekarskiej na ziemiach Rzeczypospolitej: pierwszy na r. 1924—1925, obecnie zaś na r. 1926—1927.

O ile pierwszy posiadał, oprócz spisu lekarzy i aptek, i dział urzędowy z którego można było się dowiedzieć, kto z lekarzy w jakiem starostwie lub województwie piastuje pewien urząd, oprócz tego podano przy każdem województwie dokładną ilość zamieszkałej tam ludności, a także wydrukowano niektóre ustawy państwowe, jak w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej i ustroju i zakresie Izb Lekarskich (działy b. pożyteczne), to obecnie ograniczono się jedynie do samej treści, a to jest, według alfabetu podano nazwiska wszystkich lekarzy, uprawnionych do praktyki lekarskiej w Polsce, jakoteż — spis aptek.

Już w pierwszem wydaniu Spisu można było zauważyć cały szereg niedokładności, jak to, że podano lekarzy zmarłych, wielu takich, jak n. p. z G. Śląska, co od lat kilku przenieśli się do Niemiec, gdzie, jako obywatele niemieccy, piastują różne godności urzędowe, podano dalej w tym Spisie prawie wszystkich dentystów z G. Śląska, nakoniec było wiele nieścisłości co do daty narodzin i ukończenia medycyny przez lekarzy.

Ale, jak to mówią, pierwsze koty — za płoty!

Zdawało się też, że następne wydania będą redagowane oględniej, że będą zasięgane wiadomości w Wojewódzkich wydziałach zdrowia co do nazwisk lekarzy, mających prawo do praktykowania w Polsce i że w przyszłości Spis taki urzędowy, naprawdę, będzie odpowiadał istotnemu stanowi rzeczy.

Tymczasem nie wiele się zmieniło i ma się wrażenie, że jest to poprostu przedruk z I. wydania, (choć, o ile mi wiadomo, Redakcja Spisu miała możność naprawienia zauważonych błędów).

Rozumie się, że mogę mówić tylko o lekarzach z G. Śląska, ewentualnie sąsiadującego z nami Zagłębia Dąbrowskiego, z którem mniejwięcej się stykamy, nie wiem natomiast, jak mają się te sprawy w innych województwach, być może, że stamtąd zaczerpnięto więcej ścisłe dane.

Otóż, co dotyczy G. Śląska, umieszczono w „Spisie" coś około 30 niemców, którzy przed 3 i 2 laty nazawsze opuścili granice Polski, stając się z powrotem obywatelami niemieckimi i praktykując w granicach Rzeszy Niemieckiej. Podano dalej nazwiska przeszło 30 dentystów (po większej części także niemców, z których być może wielu też opuściło Polskę). Przecież chyba nie dlatego umieszczono ich w spisie lekarzy, że posiadają niemieckie tytuły „dr. dent."? A jeżeli nie chciano ich skrzywdzić, to należało Spis nazwać „Urzędowym Spisem Lekarzy, D e n t y s t ó w i Aptek". Figurują dalej w spisie zmarli przed kilku laty (jeden — przed 6 laty), a natomiast nie podano kilkunastu lekarzy, którzy, kilka lat temu ukończyli medycynę i są tu asystentami po różnych zakładach leczniczych, mając przytem prawo do praktyki lekarskiej.

Jaki cel więc jest tego rodzaju „urzędowego" wydawnictwa?

To też następne wydania „Spisu Urzędowego Lekarzy" przed oddaniem do druku powinne być koniecznie poddane gruntownej rewizji, aby, w istocie, zawierały, o ile możliwe, ścisłe dane.

Królewska Huta.

Dr. A. Sianowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

P o r z ą d e k d z i e n n y Zjazdu Kierowników Państwowego Zakładu Higjeny i Filij w Warszawie dn. 17—18 grudnia 1926 r. Z. Karłowski i N. Gąsiorowski: Współczesny stan wiedzy o wściekliźnie. — H. Sparrow: Szczepienia ochronne przeciw odrze.

Kraków.

O d n o w i e n i e p o 50 l a t a c h d y p l o m u d o k t o r s k i e g o dr. A u g u s t a K w a ś n i c k i e g o odbyło się 11 grudnia 1926 r. w auli Uniwersytetu Jagiellońskiego nader uroczyście. W auli oczekiwali dostojnego Jubilata Rektor i Senat, wszyscy profesorowie Wydziału lekarskiego i bardzo wielu profesorów innych Wydziałów w togach, liczni przedstawiciele Armji, z dowódcą Okręgu Korpusu generałem Wróblewskim, dowódcą miasta pułk. Augustynem i szefem sanitarnym pułk. Korolewiczem na czele, deputacja weteranów 1863 roku pod przewodnictwem prezesa Związku powstańców z r. 1863 płk. Krzyżanowskiego w uroczystych mundurach, przedstawiciele wszystkich zrzeszeń lekarskich z naczelnikiem Izby dr. Strzemieńskim i prezesem Towarzystwa lekarskiego prof. Majewskim, bardzo wielu lekarzy i tłum studentów Wydziału lekarskiego oraz publiczności. Z Warszawy przybyli na uroczystość profesorowie Kryński i Loth, z Poznania prof. Karwowski. Jubilata wprowadzonego przez prof. Ciechanowskiego przy dźwiękach poloneza Szopena, odegranego przez orkiestrę 20 pułku piechoty, powitał przemową dziekan Wydziału lekarskiego prof. Rosner, poczem wybrany przez Wydział jako delegat senior Wydziału prof. Kostanecki wręczył Jubilatowi odnowiony dyplom, w świetnem przemówieniu charakteryzując Jego zasługi i Jego osobistość. Generał Wróblewski przemawiał do Jubilata, jako do żołnierza z walk o wolność, kończąc okrzykiem na cześć Rzeczypospolitej, powtorzonym z zapałem przez zebranych przy dźwiękach hymnu państwowego. Prezes Krzyżanowski przemawiał jako towarzysz broni z r. 1863, prof. Majewski od Towarzystwa lekarskiego, prezes Bratniej pomocy medyków U. J. p. Frąckowiak imieniem młodzieży, przyczem słuchaczki medycyny wręczyły Jubilatowi kwiaty, a Chór akademicki odśpiewał kantatę Beethovena. Szereg przemówień zamknął Rektor Uniwersytetu wzruszającem przypomnieniem tysiąców dzieci, którym Jubilat ocalił życie lub przywrócił zdrowie. Uroczystość zakończyła odpowiedź Jubilata i śpiew Chóru akademickiego. Pozostawiła ona na wszystkich obecnych głębokie wrażenie.

Z a r z ą d K r a k o w s k i e g o T o w a r z y s t w a l e k a r s k i e g o zwraca się z uprzejmą prośbą do swych P. T. członków zamiejscowych o wpłacenie pogłównego w kwocie 8 złotych na rzecz Tow. Lekarzy b. Galicji. Wkładkę uprasza się przesłać na ręce skarbnika Krak. Tow. Lekarskiego przed upływem b. m.

Redakcja otrzymała:

Bureau international du travail. „Bibliographie d'hygiène industriele. Vol. II. Nr. 3, Septembre 1926.

Marcel Labbé. „La traitement du diabète". Nakł. Masson et Cie Paris. 1926.

H. Vignes et J. Danphin. „L'année obstetricale (travaux de 1924)." Masson et Cie Paris 1926.

F. D'Hérelle „La bactériophage et sou comportement". Masson et Cie Paris 1926.

W. Bujak. „Badania nad patogenezą ropomoczu u dzieci". Odbitka z tomu LXIII Rozpraw Wydziału matem.-przyrodn. Polskiej Akademji umiejętności.

W. Zachert. „Le trachome chez les enfants". Odbitka z „Revues générale d'ophtalmologie", Nr. 7. juillet 1926.

C. Levaditi. „L'herpès et le zona". „Ectodermoses neurotropes". Nakł. Masson et Cie Paris 1926.

Włodz. Mikułowski. „Zaburzenia równowagi humoralnej u dziecka". Odbitka z „Pedjatrji Polskiej" T. VI. zesz. 4. 1926.

Tenże. „Przyczynek do anemji słośliwej spowodowanej przez brózdogłowca szerokiego". Odbitka z „Pedjatrji Polskiej" T. VI. zesz. 6. 1926.

Tenże. „O higjenie niemowlęcia". Odbitka z „Opieki nad dzieckiem". Rok IV. Nr. 3. 1926.

Tenże. „Cholera infantum w świetle poglądów Morfana". Odbitka z „Pedjatrji Polskiej" Tom VI, zesz 1. 1926.

Tenże. „O bakterjofagach d'Hérellea". Odbitka z „Pedjatrji Polskiej". T. VI. zesz. 1. 1926.

Tenże. „Rozpoznawanie gruźlicy gruczołów tchawiczo-oskrzelowych u dzieci w związku z zagadnieniem leczenia klimatycznego". Odbitka z „Pedjatrji Polskiej" T. V. — 1925.

Tenże. „Pogadanki o zdrowiu dziecka". Nakł. księgarni I. Lisowskiej. Warszawa. 1927.

Tenże. „Syphilis congénitale avec lésions des organes internes chez une enfant tuberculose de 13 ans". Odbitka z „Archives médecine des enfants". T. XXIX. Nr. 1. 1926.

Tenże. „Les consultations externes d'enfants et la prophylaxie des maladies infectieuses". Odbitka z „Revue d'hygiene. T. XLVIII, Nr. 9. 1926.

Tenże. „Diffucultés du diagnostic de la tuberculose chez les enfants". Odbitka z „Archives de médecine des enfants". T. XXVIII, Nr. 10. 1926.

Tenże. „Sur le ictère infectieux". Odbitka z „Revue française de pédiatre". T. I. Nr. 5. 1926.